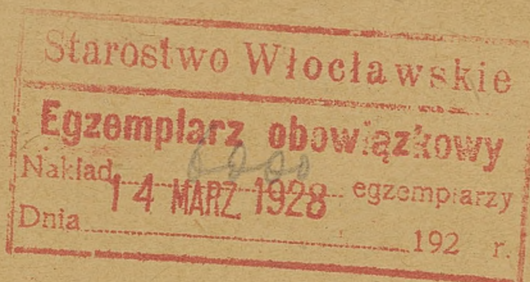
WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego



WARSZAWA

ROK II MARZEC 1928 ZESZYT III

ROK II WARSZAWA 1928 MARZEC ZESZYT III

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. M. GRZYBOWSKI.

Wrażenia z pobytu w klinikach francuskich.

Mój kilkumiesięczny zaledwie pobyt we Francji jest zbyt krótki dla trafnej oceny organizacji pracy szpitalnej i jej wyników, muszę dla tego też ograniczyć się do podzielenia się z czytelnikiem ogólnemi wrażeniami, zwłaszcza z dziedziny czysto lekarskiej. Dzięki tak rozpowszechnionemu w dobie obecnej piśmiennictwu wszelkie zdobycze wiedzy szybko przenoszą się do ośrodków bardzo nawet odległych, a że przytem trwały postęp metod djagnostycznych i leczniczych nie odbywa się zbyt szybko — więc w tej dziedzinie spotykamy częstokroć metody stosowane i u nas.

Jako dermatolog i syfilidolog zwróciłem się przedewszystkiem do Szpitala Ś-go Ludwika w Paryżu; jest to, jak wiadomo, kolebka dermatologji francuskiej, tam to *Alibert* — wielki francuski dermatolog — w cieniu kasztanów i wiązów, jak ongi Plato, uczył sztuki poznania skóry i leczenia jej cierpień; ten to szpital szczycić się może długą plejadą wielkich lekarzy, których praca stworzyła francuską szkołę dermatologiczną.

Sława szpitala Ś-go Ludwika jest wielka nie tylko wśród lekarzy, lecz i wśród szerokich warstw publiczności, zdobył on sobie tak wielki rozgłos, że nie tylko w Paryżu, lecz w całym kraju, dzierży rodzaj monopolu w zakresie dermatologji i syfilidologji; dużo chorych z najdalszych zakątków Francji zgłasza się o poradę do tego szpitala i wówczas, gdy ambulatorja innych szpitali mają dzienną frekwencję (chorych dermatologicznych) wyrażającą się w dziesiątkach — szpital ś-go Ludwika ma dzienną frekwencję około 300 osób.

Nie można się też dziwić, że w tym obfitym materjale różnorodność przypadków jest wielka, co tak cenne jest dla wykształcenia dermatologa, to też dużo cudzoziemców asystuje na przyjęciach rannych tego szpitala.

Cały szpital (którego dyrektorem, jak

wszystkich zresztą szpitali Paryża, jest urzędnik — nie lekarz) jest podzielony na sześć oddziałów, na czele których stoją dobrze znani wszystkim dermatologom wybitni lekarze francuscy — *Jeanselme*, który jednocześnie jest profesorem Uniwersytetu Paryskiego, *Milian*, *Hudelo*, — prezes towarzystwa dermatologicznego, *Ravaut*, *Lortat-Jacob* i *Louste*; na wszystkie te oddziały dostęp dla cudzoziemców jest dozwolony i kurtuazja francuzka dla przybyszów jest bez zarzutu.

Jednym z najbardziej pociągających dla wielu cudzoziemców oddziałem jest oddział *Miliana*; oryginalne, zawsze śmiałe i ciekawe, a czasem paradoksalne idee tego lekarza wszystkim dermatologom są znane i często dają powód do dyskusji i sporów. Z szczególnie palących kwestji, w których *Milian* ma poglądy sprzeczne z ogólnie przyjętymi, wspomnę o wiecznie aktualnej kwestji żółtaczek w przebiegu leczenia swoistego u kiłowych; wedle poglądów *Miliana*, są to schorzenia kiłowe wątroby wymagające, rzecz jasna, leczenia swoistego; mechanizm powstawania tych żółtaczek tłumaczy *Milian* słabym działaniem terapeutycznem małych dawek środków przeciwkiłowych, w szczególności neoarsenobenzolu; dla tego też we wszystkich tego rodzaju przypadkach powiększa on znaczenie ilość podawanego neosalvarsanu; w rzeczy samej widziałem na jego oddziale kilka przypadków, w których energiczne leczenie swoiste korzystnie wpłynęło na przebieg żółtaczki i nie zaszkodziło chorym; nie trudno jednakże znaleźć dużo przypadków bardzo ciężkich, a nawet śmiertelnych powikłań po tego rodzaju interwencji, dla tego też jest *Milian* prawie jedynym protagonistą tego nader ryzykownego postępowania leczniczego.

Jak wspomniałem, teoretycznem uzasadnieniem powiększenia dawek w tego rodzaju komplikacjach (żółtaczkach) jest pobudzający wpływ małych ilości środków przeciwkiłowych na żywotność i zjadliwość krętka bladego; wpływ ten nazywa *Milian* biotropizmem w odróżnienie od nekrotropizmu, którym to wyrazem określa autor działanie krętkobójcze wielkich dawek środków przeciwkiłowych. Z biegiem czasu *Milian* znacznie rozszerzył pojęcia bio i nekrotropizmu, przypisując arsenobenzolom w małych dawkach zdolność podniecania wszelkiej utajonej sprawy zakaźnej (odry, szkarlatyny i t. d); w zgodzie z tą teoretyczną koncepcją uważa *Milian*, że osutki szkarlatynowate, odrowe i t. d. w przebiegu leczenia arsenobenzolem nie są nieswoistymi odczynami o niezrozumiałem, a w każdym razie toksycznem podłożu — lecz objawami istotnej (zazwyczaj co prawda poronnej) szkarlatyny, odry i t. d. Na poparcie swoich poglądów przytacza autor spostrzeżenia, w których stwierdzono, że chorzy z podobnemi osutkami (posalvarsanowemi) byli źródłem zakażenia innych chorych; twierdzi on przy tem, że szczegółowe wywiady pozwalają w tych przypadkach stwierdzić występowanie osutek na dziewiąty mniej więcej dzień (*erythème du neuvieme jour*) po podaniu leku — to znaczy w terminie wylęgania wielu chorób zakaźnych. Wychodząc z tych częściowo teoretycznych przesłanek *Milian* podaje arsenobenzol — tak w dawkach pojedyńczych, jak sumarycznie — w ilościach nie stosowanych u nas, bowiem dawka 1.0 gr., 105, a nawet 1.20 na pojedyńcze wstrzyknięcie nie należy do wyjątków, kieruje się on przy tem wskazówkami kodeksu farmaceutycznego, który dozwala podanie neoarsenobenzolu w dawce 1.5 centigrama na kilo wagi. *Milian* poleca jednakże stosowanie leku w znacznem rozcieńczeniu i dotąd na jego oddziale arsenobenzol jest podawany pod postacią wlewania z biurety dobrze nam znanej z ery tak zwanego starego salvarsanu.

My, polscy lekarze, nie jesteśmy przyzwyczajeni do tak wielkich dawek i każdy z nas żywił by obawę przed tak wielkiemi dawkami, a jednakże przyznać należy, że leczenie to jest naogół bardzo dobrze znoszone; nie rozporządzam żadną statystyką, ale mam wrażenie, że powikłania lecznicze nie są częstsze, niż u nas.

Dla uzupełnienia podam, że *Milian* jest jednym z najzapaleńszych zwolenników stosowania arsenobenzolu w wielkich dawkach, większość lekarzy bowiem zatrzymuje się na dawce 0.90 Neosalvarsanu, co dla nas wydaje się już dawką wygórowaną; rzecz szczególna, że równie energiczne leczenie stosowane jest i w przypadkach schorzeń metaluetycznych. Podkreślić jeszcze może godzi się stosowanie przez lekarzy francuskich zarzuconego już u nas od dawna leczenia wczesnych okresów kiły — wyłącznie arsenobenzolem; zaznaczę, że spotyka się obecnie coraz więcej przypadków tak zwanej kiły salvarsano-odpornej, sam mia-

łem nawet sposobność stwierdzić obecność krętków bladych u osobników, którzy otrzymali po 7 wstrzykiwań arsenobenzolu w dawce po 0.90.

Z dziedziny serodjagnostyki kiły nie spostrzegłem nic nowszego, zaznaczę jedynie, że metody syfilimetryczne, mam na myśli odczyn syfilimetryczny *Vernes'a*, nie mają zwolenników, są bardzo krytykowane, a i ja sam miałem sposobność spostrzegać kilka przypadków czynnej kiły z odczynem flokulacyjnym prawidłowym.

Ogólnie jest znane, że lekarze francuscy przypisują większe niż gdzie indziej znaczenie kile wrodzonej, jako czynnikowi usposabiającemu do chorób, lub wpływającemu na ich przebieg; istotnie wyszukiwanie drobnych cech degeneracyjnych lub konstytucjonalnych, jak to nieprawidłowości w uzębieniu, budowy czaszki lub małżowin usznych, brak wyrostka mieczykowatego i t. d., jest bardzo skrupulatne, a wnioski ztąd wysnuwane są często podstawą nawet do interwencji leczniczej.

Jako przykład przytoczę postępowanie *Ravaut*, który sądzi, że wiele dermatoz wysiękowych z grupy wyprysku, świerzbiączki i t. d.—powstaje skutkiem uczulenia ustroju, nieprawidłowości w stanach koloidalnych i t. d. przyczyną czego nader częstą jest kiła rodziców, dlatego tu w każdym przypadku schorzeń omawianej grupy, zwłaszcza u dzieci, stosuje on niewielkie dawki środków przeciwkiłowych (calomel i neoarsenobenzol per os). Wyniki uzyskane w ten sposób wydają się być niezłe, zrozumiałem jednak jest, że nie można oprzeć leczenia wyłącznie na tych podstawach.

Brak miejsca nie pozwala mi zająć się szczegółowo niektóremi kwestjami zasługującemi niewątpliwie na uwagę; zaznaczę, że szeroko są stosowane przetwory złota w toczniu rumieniowatym i to z bardzo dobrym wynikiem; że widziałem nader zachęcające wyniki po stosowaniu acetylarsanu w liszaju płaskim; na oddziale dra *Ravaut* stosują bardzo chętnie leczenie diatermo-koagulacją; nie wspominam o leczeniu rozmaitych spraw miejscowych, bo rzeczy te należą do powszechnie znanych, wspomnę, że *Ravaut* stosuje tę metodę do leczenia ogólnych schorzeń skóry, jak np. łuszczycy; niewątpliwie jednak tego rodzaju leczenie nie może znaleźć szerszego zastowania ze względu na rozległe i szpecące blizny.

Na zakończenie pobytu mego we Francji spędziłem kilka tygodni w Lugdunie. Nie mówiąc o odrębnym, a tak ciekawym charakterze miasta, jego położeniu, historji i zabytkach, które są dumą ljończyków, Lugdun powinien wzbudzić szczególne zainteresowanie lekarzy, znajduje się w nim bowiem jedna ze starszych wszechnic francuskich; zasługa jej w obliczu medycyny francuskiej jest wielka, bowiem przedstawiciele jej potrafili stworzyć własną tradycję i doktrynę lekarską, którą słusznie się szczycą. Obecnie szkoła lugduńska liczy sporo świetnych imion, katedrę dermatologji zajmuje gościnny i nader życzliwy dla nas prof. *Nicolas*. Klinika jego znajduje się w szpitalu Antiquaille, który początkami swemi sięga mroków średniowiecza, kiedy był przytułkiem dla umysłowo chorych. Szpital ten był terenem działalności wielkiego *Rolleta*, który w ubiegłym stuleciu położył tak wielkie zasługi wyjaśniając niektóre kwestje z dziedziny patologji kiły; on to bowiem ostatecznie udowodnił zakaźność objawów drugorzędnych kiły, dzięki niemu wreszcie zostało do medycyny wprowadzone pojęcie wrzodu mieszanego (Chancre mixte).

Niewątpliwie ani warunki zewnętrzne, ani urządzenia szpitala, tak starego jak szpital Antiquaille, nie są wzorowe i nie ułatwiają pracy, jednakże zwiedzenie kliniki profesora *Nicolas* nie pod jednym względem jest ciekawe i pouczające; nie zapomnijmy, że jest on zarazem z profesorem *Favrem* twórcą dwuch jednostek chorobnych; wydzielili oni bowiem i dokładnie opisali tak zwaną czwartą chorobę weneryczną, czyli granulomatozę gruczołów pachwinowych. My, specjaliści w chorobach wenerycznych, wiemy jak trudną rzeczą częstokroć jest rozpoznanie wrzodu części płciowych, dlatego też cenimy wszystkie prace wyjaśniające te zawiłe kwestje. Tak u profesora *Nicolas*, jak i na oddziale dra *Gaté* miałem sposobność widzieć kilka przypadków tej choroby. Wobec tego, że u nas nie rozpoznają zazwyczaj tej choroby i nie wyróżniają jej z grupy komplikacji wrzodów miękkich — zaznaczę, że zespół opisany przez prof. *Nicolas* jako czwarta choroba weneryczna odpowiada całkowicie temu, co u nas tak chętnie nazywają „bubo strumosum“. Do zasług prof. *Nicolas* i *Favre* należy również, jak już wspomniałem, dokładny opis i szereg prac histologicznych nad tak trudnym zespołem chorobnym, jakim jest tak zw. „*Adenie prurigéne eosinophile*“; zespół ten jest znany

u nas pod nazwą *Lymphogranulomatosis Paltauf — Sternberg* lub nawet choroby *Hodgkina*. Dzięki uprzejmości profesora *Favra* miałem możność zbadać szereg preparatów histologicznych i obejrzeć sporo chorych na tę ciekawą chorobę.

Jedną z osobliwości naukowych Lugdunu, godną zwiedzenia ze względu na ich urządzenie i organizację — są naukowe zakłady *Lumièra*; jest to kompleks laboratorjów urządzonych wzorowo i niemal luksusowo. Istnienie swe zawdzięczają te zakłady inicjatywie osobistej p. *Auguste Lumièra*, który stoi na czele ich i kieruje całą skomplikowaną pracą naukową. Zasługi i prace p. *A. Lumièra* z zakresu biologji, chemji koloidalnej, patologji i farmakologji doświadczalnej zdobyły mu uznanie ogólne.

Obok tych laboratorjów w celach naukowych istnieje dział przemysłu farmaceutycznego; zadaniem tego działu jest realizowanie pomysłów p. *Lumièra* i jego współpracowników i stworzenie możliwości tak dla lekarza, jak i chorego korzystania z preparatów leczniczych opartych na powyższych pomysłach.

Lugdun, którego burmistrzem przez szereg lat był socjalista *Herriot*, może poszczycić się szeregiem nowoczesnych urządzeń społeczno-lekarskich i sanitarnych; wspomnę o wzorowo postawionej walce z gruźlicą i o opiece nad gruźliczymi; jednakże największe wrażenie, być może ze względu na brak tego rodzaju instytucji u nas, pozostawia zwiedzenie tak zwanego domu matek; celem tego zakładu jest dać możność kobiecie spędzić ostatnie miesiące ciąży i połogu w warunkach wzorowych pod względem higjeny i zupełnie indywidualnych pod względem dyskrecji. Zakład ten może wzbudzić jedynie podziw i uznanie tak pod względem pomysłu, jak i jego urzeczywistnienia.

SĄRGNON.

Zapalenie ucha środkowego u dzieci.

Ciąg dalszy

Powikłania.

Powikłania występować mogą we wszystkich postaciach zapalenia ucha środkowego, tak w zwykłem zapaleniu ostrem lub podostrem, jak i w zapaleniu utajonem małych dzieci. Szczególną ciężkością odznaczają się one w zapaleniu utajonem nierozpoznanem, a skutkiem tego i nie leczonem; tu dopiero wystąpienie powikłania prowadzi do należytego rozpoznania. Najcięższe powikłania spostrzegamy w postaci utajonej szpitalnej, postaci wywoływanej licznemi sprawami zakaźnemi, a zwłaszcza schorzeniami osutkowemi. Powikłania te są rozległe, często dotyczą układu kostnego, mianowicie zapalenie szpiku należy do częstych zjawisk. Najsamprzód omówimy ogólne powikłania zakaźne, a potem rozważymy szczegółowiej powikłania miejscowe uszne i okołouszne.

Powikłania ogólne. Są one te same i u zupełnie małych dzieci i u dzieci starszych. Najczęściej spostrzegamy powikłania ze strony dróg oddechowych; również nierzadko ze strony przewodu pokarmowego, pozatem występować mogą powikłania nerkowe, zatory, wreszcie stany posocznicowe uogólnione.

Powikłania dróg oddechowych dotyczą najczęściej płuc, mianowicie dość często występują: zapalenie, płuc, nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc odoskrzelowe; wyjątkowo spostrzegane być mogą zawały płucne z wytworzeniem ropnia. Zapalenie płuc zrazikowe jest powikłaniem nader częstem zwłaszcza u bardzo małych dzieci. Zapalenie opłucnej, zwłaszcza ropne należy również do rzędu częstych powikłań. Lecz ściśle rzecz biorąc, wszystkie te sprawy dróg oddechowych, uważane jeszcze kilka lat temu jako powikłania, są

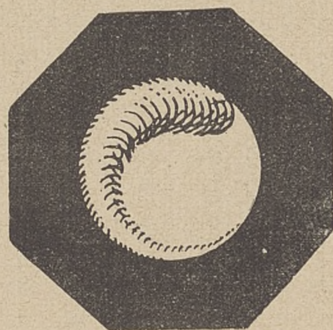
Rysunki z referatu Le Mée'go, Bloch'a i Cazejust'a [1])



A
I okres.
Rysunek schematyczny bębenka w anginie nosogardzieli, lecz bez zmian usznych.



B
II okres.
Zniknięcie refleksu.



C
III okres.
Kształt wypuklenia staje się jeszcze więcej przecinkowaty. Scienczony koniuszek przecinka posuwa się wzdluż obwodu bębenka.



D
IV okres.
Wypuklenie występuje wyraźniej i przybiera wygląd nerkowaty.

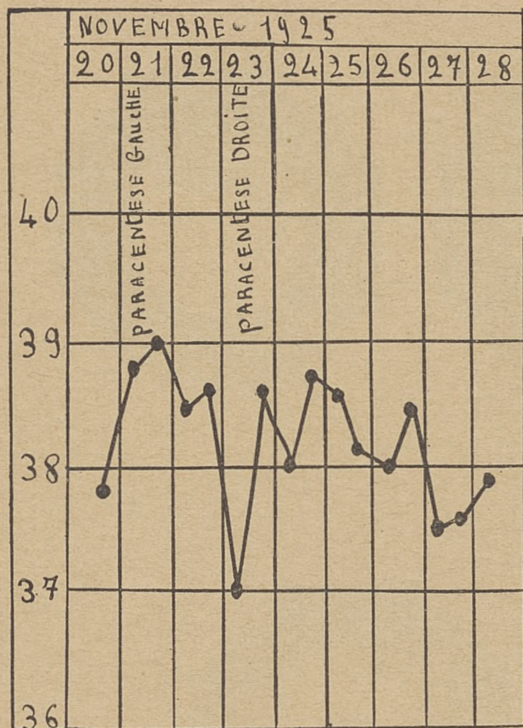


E
V okres.
Całkowite zajęcie bębenka. Bębenek cały wypukla się, wykazując jedynie w swej części środkowej nieznaczne zagłębienie.

w mojem przekonaniu, a również i innych autorów, zwłaszcza *Escal'a* niczem innem jak ujawnieniami zakażenia ogólnego, a u dzieci przeważnie zakażenia pneumokokowego. Już powyżej rozważaliśmy szczegółowo to zagadnienie, omawiając postacie zapalenia ucha, nie ma więc potrzeby do niego powracać.

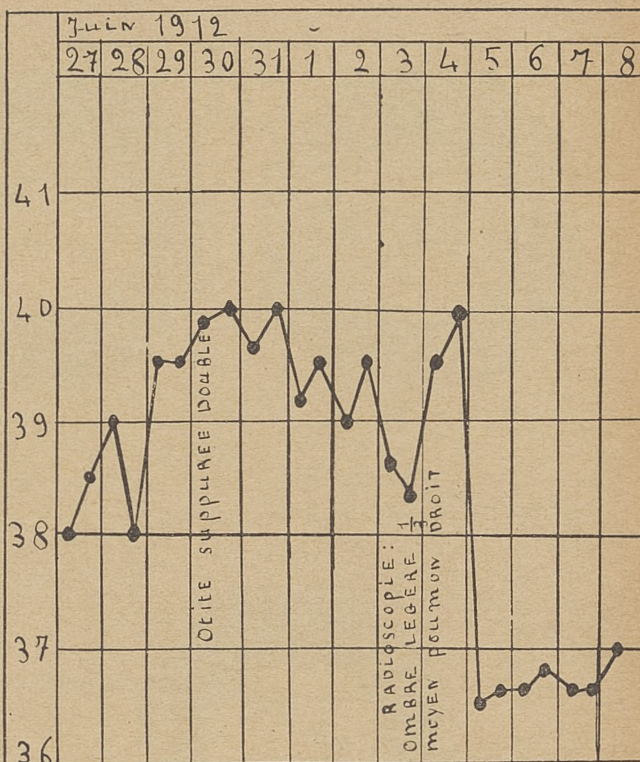
Powikłania ze strony przewodu pokarmowego należą do częstych. Istotnie, zaburzenia żołądkowojelitowe i zapalenie ucha u dzieci, zwłaszcza całkiem małych, często występują wspólnie; przedewszystkiem w zapaleniu utajonem niemowląt, w postaciach szpitalnych, zwłaszcza w większych skupieniach dzieci, szczególnie w szpitalach. Ale czy jest to powikłanie? Jak już widzieliśmy objawy żołądkowojelitowe należą do zespołu objawów postaci szpitalnej i poddawaliśmy przytem dyskusji wygłoszone w tym przedmiocie poglądy: zapatrywanie *Renau'da*, który widzi w zapaleniu ucha sprawę pierwotną, i zdania innych, liczniejszych badaczy, którzy uważają zapalenie ucha za sprawę wtórną. Niejednokrotnie opisywano powikłania zatorami zakaźnemi. Zatory takie nie należą do rzadkości, zwłaszcza w obrębie stawów; ropne zapalenie stawów występuje dość często. Miałem możność spostrzegania wespół z *Vignard'em* bardzo ładnego przypadku ropnego zajęcia stawu

[1]) Patrz strona 39 w Nr. 2 „Wiedzy".



Rys. 3.

11 miesięczny chłopiec: utajone obustronne zapalenie ucha, postać grypowa. Choroba rozpoczęła się w kilka dni po grypowem zapaleniu ucha u siostrzyczki $2^1/_2$ letniej chorego. Przebieg typowy dla sprawy obustronnej z przerwą dwudniową; szybkie wyzdrowienie po dwustronnem nacięciu bębenka.



Rys. 4.

T. N. $2^1/_2$ roku. Obustronne utajone zapalenie ucha, postać pneumokokowa. Przedziurawienie bębenka samorzutne, zapalenie płuc „radjoskopijne", szybki spadek ciepłoty.

barkowego. W przypadku tym, nawiasem mówiąc zakończonym wyleczeniem zupełnem, było jednocześnie zapalenie zatoki żylnej, co jak wiemy często prowadzi do powikłań ropnych stawów. Zatory zakaźne mogą usadawiać się i w kościach i powodować powstanie zapalenia szpiku kostnego. Lecz również i naodwrót, spostrzegamy niekiedy zapalenia wtórne ucha w przebiegu zapalenia szpiku. Spostrzegałem wraz z *Vignard'em* ciekawy przypadek: przewlekłe ropne zapalenie szpiku kości udowej z wysoką ciepłotą i licznymi martwakami; dziecko było bardzo wyniszczone. Stwierdziliśmy dwustronne zapalenie ucha. Dzięki leczeniu należytemu zmian usznych udało się utrzymać dziecko przy życiu, aczkolwiek było ono już uważane za stracone.

Jako powikłania ogólne zdarzają się również uogólnione stany posocznicowe; ale i w tym przypadku, podobnie jak i w powikłaniach ze strony przewodu pokarmowego, uważam, że chodzi tu raczej o ogólną sprawę chorobową z umiejscowionemi ogniskami w pierwszym rzędzie z ogniskiem usznem, aniżeli o zakażenie wtórne, wikłające pierwotną sprawą uszną.

Jaka może być przyczyna tych wszystkich odległych zjawisk? Jak wynika z pięknej pracy *Luc'a* „Wykłady o ropnem zapaleniu ucha środkowego", były wygłaszane różnorodne teorje mające na celu wytłumaczenie powstawania powikłań ogólnych. A więc *Körner* przypuszcza, że winę ponosi zapalenie drobnych żyłek kostnych w obrębie ucha, *Leutert* obwinia zapalenie przyścienne zatoki żylnej; powstaje skrzep przyścienny powodujący wtórnie zator; *Brieger i Neymam* dopuszczają możliwość bezpośredniego przedostawania się drobnoustrojów do krwiobiegu, pogląd przyjęty i przez *Laurens'a.* Zapatrywania te są być może słuszne, lecz obecnie chętniej patrzymy na tę sprawę jako na zakażenie ogólne z miejscowemi, a w szczególności usznemi, zmia-

nami: a więc są to zakażenia ogólne pneumokokowe, paciorkowcowe, lub posocznicowe o różnej florze. Przy tej sposobności przypomnijmy rozprawę *Morel'a*, wykonaną pod kierownictwem *Lennois* o powikłaniach płucnych w ropnicy usznej przebiegającej bez zakrzepu zatoki żylnej poprzecznej.

Powikłania miejcowe. Mogą się one usadawiać bądź w uchu wewnętrznem, bądź w kości, lub sąsiednich żyłach, bądź wreszcie w oponach i mózgowiu.

A. Powikłania błędnikowe występują u dzieci dość rzadko. Jednakże spostrzegano je w przebiegu zapalenia utajonego; mianowicie *Le Mée* w swej pracy z 1925 r. przytacza pięć przypadków, gdzie na sekcji stwierdzono obustronną sprawę ropną. Zrozumiała jest rola, którą odgrywa podobna sprawa błędnikowa w powstawaniu następczem głuchoty, o ile chory wyzdrowieje. Wiemy, że u niektórych głuchoniemych nie napotykamy w wywiadach żadnej określonej przyczyny, żadnych schorzeń nerwowych lub obarczenia dziedzicznego; nasuwa się wówczas pytanie, co mogło spowodować tak wczesną głuchotę. Czy nie należałoby uwzględnić w niektórych z tych przypadków zapalenie utajone obustronne w wieku niemowlęcym, które minęło, nie będąc rozpoznane i wygoiło się pomimo powikłań błędnikowych?

Rys. 5.
13 miesięczny chłopiec. Grypa oraz obustronne utajone ropne zapalenie ucha. Dwustronne nacięcie bębenka 23 XII. Ognisko płucne. Wyzdrowienie (postać pneumokokowa) z powolnym spadkiem ciepłoty.

B. Powikłania kostne są rzeczą częstą. Występują one w trzech postaciach: ropnia podokostnowego, właściwego zapalenia wyrostka sutkowego i zapalenia szpiku.

Ropień podokostnowy, lub zapalenie podokostnowe wyrostka sutkowego opisane przez *Duplay'a* występuje czasami u dzieci, zwłaszcza małych. *Jaques i Gault* potwierdzają to w swym referacie w T-wie laryngologów francuskich w r. 1910 o zapaleniach kości i okostnej kości skroniowej.

Osobiście niejednokrotnie spostrzegałem tę postać; nie mniej uważam ją nagół za sprawę wyjątkową i w praktyce, jeżeli stan kości wzbudza wątpliwość trepanuję uchyłek jamy bębenkowej, nawet u niemowlęcia. Jednakże inni autorowie są odmiennego zapatrywania i niektórzy ograniczają się do zwykłego nacięcia podług *Wilde'a*, co umożliwia podług ich zdania należyte rozpoznanie. Tak naprzykład *Seigneurin* zupełnie niedawno, bo w roku 1926, omawiając na Zjeździe O. R. L. zapalenie wyrostka sutkowego u niemowlęcia, nie twierdząc wcale, że chodzi jedynie o zwykłe zapalenie okostnej, poleca cięcie *Wilde'a* które często okazuje się wystarczające.

Zapalenie wyrostka sutkowego ostre i podostre występuje u dzieci i niemowląt w dwóch odrębnych postaciach, różniących się tak objawami, jak i ciężkością przebiegu. Często sprawa dąży ku zewnątrz, w innych przypadkach znowu postępuje ona ku wewnątrz, nie dając objawów zewnętrznych Gdy zapalenie wyrostka wykazuje skłonność do szerzenia się ku zewnątrz, najwybitniejsza bolesność występuje przedewszystkiem na poziomie uchyłka, znajdującego się

u niemowlęcia wysoko, nieco mniej wysoko u dzieci starszych. Poza objawami ogólnemi jak wysoka ciepłota, upośledzenie stanu ogólnego, występuje w obrębie wyrostka wyraźne wygórowanie, wybitniejsze zazwyczaj w części tylnej i górnej, czyli odpowiednio do położenia uchyłka u niemowlęcia; nieco niżej u starszego dziecka. Nacieczenie, początkowo głębokie, mniej lub więcej twarde, ulega rozmiękczeniu i przeistacza się w ropień powierzchowny.

Dość rzadko napotykamy u dzieci postaci ropní nisko usadowionych, zwlaszcza ropni przywierzchołkowych. Niekiedy można spostrzegać ropień usadowiony więcej ku tyłowi, lub postać licową, ale przeważnie u dzieci starszych, gdy wyrostek posiada już komórki. Warto istotnie przypomnieć, że mianowicie podług badań *Reverchon'a i Worms'a*, wyrostek prawidłowy u dziecka do wieku lat 3, a nawet 5 na rentgenogramie wykazują zupełną nieobecność wszelkiej budowy komórkowej i że tworzenie się komórek tylko bardzo rzadko widuje się poniżej tego wieku. Jednakże czasami napotykaliśmy komórki w wieku wcześniejszym.

Jak wszyscy autorowie, którzy zajmowali się temi sprawami, spostrzegaliśmy dwie odrębne postacie zewnętrznego zapalenia wyrostka u dziecka; jedna z nich przedstawia sprawę wtórną, która się wywiązała z zapalenia ucha zwykłego, lub utajonego; druga natomiast jest schorzeniem zupełnie pierwotnem Ta ostatnia postać była szczególnie badana przez *Chauveau* i jego ucznia *Salamo*, który w swej rozprawie przytacza 150 przypadków zapalenia wyrostka u niemowlęcia, z tych dwa zapalenia wierzchołkowe, typu *Bezold'a*. Osobiście widziałem liczne przypadki zapalenia wyrostka o przebiegu jakby pierwotnem, u których wygórowanie pojawiło się od wieczora do rana, a więc w ciągu jednej nocy, niekiedy bez podniesienia ciepłoty, bez uchwytnych zmian ze strony ucha. Przypadki takie spostrzegałem jednak tylko u niemowląt. Czy rzeczywiście, jak twierdzą niektórzy, chodzi tu o postać istotnie pierwotną? Większość klinicystów stoi na stanowisku, że pierwotne zapalenie wyrostka należy do rzadkości, że zwykle poprzedza je nierozpoznane, utajone zapalenie ucha środkowego. Istotnie, w przypadkach przezemnie spostrzeganych wykonywałem systematycznie nacięcie błony bębenkowej jedno lub dwustronnie i przekonałem się o obecności wyraźnych zmian zakaźnych w jamie bębenkowej: było to zapalenie utajone, lub też sprawa zdążyła tylko „polizać" jamę bębenkową. W niektórych przypadkach, gdzie jama była prawidłowa, można było przypuścić zakażenie krwiopochodne. Najmłodszy chory, spostrzegany przezemnie, liczył półtrzecia miesiąca. Podczas zabiegu stwierdziłem wraz z d-rem *D'Espiney'em*, że w wyrostku zupełnie nieprawidłowo były już wykształcone komórki; były one wypełnione ropą; uchyłek odznaczał się bardzo dużemi rozmiarami. Nacięcie błony w tym przypadku wykazało obecność płynu w jamie bębenkowej. Zapalenie wyrostka sutkowego przebiegające w kierunku ku zewnątrz rzadka tylko bywa dwustronne. Jednakże u niemowląt można niekiedy spostrzegać podobne przypadki; sam widziałem wyjątkowe przypadki, gdzie konieczny był zabieg obustronny. Ostre i podostre zapalenia wyrostka nie szerzące się ku zewnątrz przebiegają o wiele cięższej. Najczęściej bywają one nierozpoznawane wskutek utajonego przebiegu. Klinicznie sprawa przedstawia się następująco: zapalenie ucha zwykłe lub utajone zostało rozpoznane, było wykonane nacięcie bębenka, zazwyczaj obustronnie; wydzielina nie zatrzymuje się, a jednak stan małego chorego po początkowem po nacięciu polepszeniu pogarsza się ponownie; dziecko grymasi, ciepłota wzmaga się, bolesność wierzchołka, którą nawiasem mówiąc nie łatwo wykazać u dziecka, staje się wyraźniejsza. Czy należy podniesienie ciepłoty i pogorszenie stanu ogólnego tłumaczyć zakażeniem ogólnem, czy utajonem zapaleniem płuc? Wysłuchiwanie w okresie początkowym może nic nie stwierdzić, natomiast prześwietlenie wykazuje cień w okolicy pachowej, typowy dla zapalenia płuc „rentgenoskopijnego". Wielokrotnie posługiwałem się prześwietlaniem w celu stwierdzenia, czy pogorszenie zostało wywołane zapaleniem płuc, czy też utajonem zapaleniem wyrostka. Kaszel nie jest objawem bezwzględnie jasnym; wszyscy tacy chorzy kaszlą mniej lub więcej. Jeżeli stan

ogólny jest w dalszym ciągu zły i jeżeli staranne badanie, w razie potrzeby prześwietlenie nic nie stwierdzi, należy pamiętać o możliwości zapalenia wyrostka sutkowego, zapalenia nie dającego zewnętrznych objawów, które u niemowlęcia i małego dziecka może być obustronne. W przypadkach cięższych należy, też operować obustronnie.

W zapaleniu wyrostka sutkowego niekiedy powstają ropnie na szyi zdala od okolicy chorej. *Calamida* (19) zajmował się szczególnie tą sprawą i przytacza liczne prace autorów francuskich i obcych, pomiędzy innemi 4 prace *Citelli'ego*. Podług zdania *Calamida* ropnie te najczęściej są spowodowane zapaleniem okołozatokowem (*perisinusitis*), szerzącem się wzdłuż zatoki żylnej ku otworowi poszarpanemu tylnemu i stąd na szyję. Zakażenie szerzy się być może niekiedy drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych; zdaniem *Calamida'y* najczęściej przenika ono poprzez kość, przez szpary, szwy i otwory prawidłowe podstawy czaszki. Mogą występować i ropnie gardzieli, ropnie okolicy mięśnia dwubrzusznego, ropnie karku.

Wśród 355 przypadków spostrzegał on ropnie u 57 chorych w wieku od 8 do 10 lat i u 58 w wieku od 11 do 20 lat. *Moreaux* w swej pracy podaje dwa przypadki powstania zacieku gardzielowego w ropniu wyrostkowym; jeden z nich dotyczył 9 letniej dziewczynki (20).

Zapalenie wyrostka sutkowego u dzieci odznacza się niekiedy skłonnością do nawrotów. *Portman i Retrouvey* (21) ogłosili niedawno ciekawy artykuł dotyczący tego zagadnienia. Chodzi tu o ponowne zakażenie wyrostka, poprzednio operowanego z powodu zapalenia i klinicznie wygojonego. Autorowie ci przytaczają szereg przypadków i przypominają, że już w 1917 roku *Tarneaud* w swej rozprawie z oddziału *Lombard'a* wyświetlił tę sprawę. Wespół z *Vignard'em* ogłosiłem szereg podobnych przypadków, a posiadam jeszcze całą serję spostrzeżeń nieogłoszonych. Przytoczyć też należy pracę *Pugnat'a* w Tow. Franc. O. R. i L. Nawroty występują przeważnie w ciągu pierwszego roku po przebytej sprawie i szczególnię często u młodocianych, którzy wogóle częściej zapadają, niż dorośli. Osobiście całkowicie przyłączam się do powyższego zapatrywania, albowiem spostrzegane przezemnie przypadki nawrotów dotyczyły przecie wyłącznie tylko dzieci, jak zresztą i przypadki podane przez *Portman'a*. W przypadkach takich wyrostek sutkowy może być pod względem swej budowy kostnej całkowicie lub częściowo już odtworzony, albo też może nie wykazywać odbudowy kostnej. Przebieg i rokowanie są dobre. Należy wykonać całkowite wycięcie wyrostka podług *Mouret'a*.

Zapalenie szpiku występuje rzadziej niż zapalenie wyrostka. Miałem możność jednak spostrzegania dość licznych przypadków tego powikłania rzadko w postaci grypowej i pneumokokowej, natomiast przeważnie w postaci szpitalnej z mnogiemi ogniskami zakażenia. Klinicznie powikłanie to nie należy bynajmniej do rzadkości. Opisałem wraz z *Vignarde'm* w roku 1910 w „*Province Médicale*" trzy przypadki. Zapalenie szpiku bywa stwierdzane podczas operacji, a jeszcze częściej na sekcji.

Zapalenie szpiku było tematem dość licznych prac. Jak już wspomniałem wyżej, ogłosiłem kilka przypadków. *Abel* w swej rozprawie wykonanej pod kierownictwem *Lannois* przytacza liczne spostrzeżenia kliniczne, z tych sporo francuskich.

Podobnie jak i w zapaleniu wyrostka sutkowego możemy w zapaleniu szpiku rozróżniać dwie postacie o odrębnym przebiegu: postać szerzącą się ku zewnątrz, mniej ciężką i postać szerzącą się w głąb w kierunku części skalistej kości skroniowej o przebiegu zazwyczaj niepomyślnym, przynajmniej u małych dzieci. W zapaleniu szpiku szerzącem się ku zewnątrz może nastąpić wy zdrowienie. Niedawno spostrzegałem przypadek, o podłożu grypowem, u dziewczynki trzyletniej. W ciągu kilku godzin, wprost w moich oczach, rozwinęło się zapalenie szpiku, zajmujące całkowicie wyrostek sutkowy i okolicę kości licowej. Podczas natychmiast wykonanego zabiegu operacyjnego odsłonięto wyrostek i kość licową i wtedy stwierdziłem, że w całym wyrostku i okolicy licowej są obecne masy ropne w postaci wyrosli grzybowatych, niekrwawiących i że komórki są schorzałe na całej przestrzeni wyrostka, a zwłaszcza w oko-

licy licowej. Opona twarda była obnażona na przestrzeni kilku centymetrów; uchyłek zawierał płyn posokowaty, lecz nie ropę właściwą. Chora dość szybko wyzdrowiała bez ropienia rany. Odwrotnie, podczas epidemji głębokich zapaleń szpiku, spostrzeganej w 1910 roku, w sali, na oddziale d-rów *Weilla i Pehu* gdzie się znajdowały zupełnie małe dzieci dotknięte różnemi ostremi sprawami miałem możność spostrzegania kilkunastu przypadków zapalenia wyrostka jedno i obustronnych, z których większość była powikłana zapaleniem szpiku. Śmiertelność wynosiła wówczas około 50%.

C. **Powikłania naczyniowe**. Powikłania te wyjątkowo dotyczyć mogą tętnic; przeważnie są to powikłania ze strony żył. Owrzodzenie samoistne tętnicy szyjnej rzadko napotykane i u dorosłego w przebiegu zakażeń gruźliczych, stanowi u dziecka wyjątkową rzadkość. Nie spostrzegałem ani jednego takiego przypadku.

Powikłania ze strony żył są przeciwnie rzeczą częstą. Sprawy te były badane przez licznych autorów. Muszę jednak zaznaczyć, że tego rodzaju powikłania żylne, dość częste 15 czy 20 lat temu, stały się obecnie wybitnie rzadsze, ponieważ nasi mali chorzy są daleko wcześniej, czy to przez rodziców, czy przez lekarzy skierowywani do specjalistów. Niekiedy drobne żyłki, jak np. żyły wypustowe, są zajęte; podczas zabiegu tylko wyjątkowo udaje się to stwierdzić, zazwyczaj zmiany te przebiegają niepostrzeżenie. W związku z żyłami części górno-tylnej i części skalistej wyrostka zasługuje na uwagę praca *Girard'a*. Autor ten podaje, że dość często istnieją w wyrostku i części skalistej żyły kostne na tyle spore, że mogą być uwidocznione zwyczajnem preparowaniem. Naczynia te mogą stać się siedliskiem zmian zapalnych, może tu powstać *osteophlebitis* (teorja Körner'a) i tą drogą zakażenie może przenikać wgłąb w powikłaniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego.

Jako właściwe powikłanie żylne napotykamy zmiany w zatoce poprzecznej, a niekiedy i w zatoce jamistej. Zmiany zatoki poprzecznej są na nieszczęście sprawą bardzo częstą. Występują one rzadko u niemowlęcia, nieco częściej u starszych dzieci i rozróżnić możemy wśród nich postaci zapalenia okołożylnego (*periphlebitis*) przyściennego (*phlebitis lateralis*) i właściwego zapalenia żyły (*phlebitis vera*).

Zapalenie okołożylne daje naogół mało objawów i bardzo często przebiega skrycie; ciepłota jest tu nietypowa, niekiedy wogóle brak podniesienia ciepłoty. Często dopiero zabieg wykrywa obecność zmiany. Zapaleniu temu towarzyszy często ropień nadoponowy. Zmiany umiejscowiają się najczęściej w obrębie i powyżej kąta zatoki. W zapaleniu przyściennem zmiana dotyczy ściany naczynia: jest ona zgrubiała, pokryta ziarniną, niekiedy upodabnia się ścianie tętnicy. I tu objawy przedoperacyjne nie odznaczają się wyrazistością, zapewne, gorączka zwykle bywa, ale jednak nie zawsze; ciepłota nie wykazuje tak dużych wahań, jak w zapaleniu żył właściwem, dreszczy często niebywa. W zapaleniu żył właściwem objawy są o wiele więcej wyraźne i stałe. Objawem głównym są przedewszystkiem silne dreszcze i ciepłota o dużych skokach, te właśnie wahania duże ciepłoty stanowią objaw klasyczny. Lecz jednak i tu napotykamy przypadki, w których brak tych podstawowych objawów; są to przypadki tak zwanego utajonego zapalenia żył, opisanego przez wielu badaczy, a zwłaszcza przez *Chatelier'a* w jego cennej rozprawie z roku 1922(23). Przytoczyć tu także zależy rozprawę *Lambert'a* o „Zapaleniu zakrzepowem utajonem zatoki żylnej bocznej", postaci o wiele częstszej niż to się powszechnie przypuszcza i występującej przeważnie w przebiegu przewlekłych zapaleń ucha. Autor ten przytacza także kilka przypadków dziecięcych (24).

Wymienione powyżej objawy główne występują bardzo wybitnie w ciężkich przypadkach zapalenia żył, mianowicie w postaci ropnej i zgorzelinowej, cośmy wraz z *Vignard'em* mieli możność spostrzegać w całej serji przypadków u dzieci, zwłaszcza przed wojną. Niekiedy, zresztą u dziecka dość rzadko, zapalenie umiejscawia się w obrębie opuszki żyły szyjnej, albo niekiedy obejmuje ono i żyły szyjne.

Obecnie spostrzegamy coraz rzadziej

takie rozległe zajęcia wobec szybszej pomocy specjalistycznej i operacyjnej.

Czemu jednak powikłania te tak często umiejscowiają się w zatoce poprzecznej? Tłumaczy się to oczywiście ścisłym związkiem pomiędzy nią a wyrostkiem, od którego jest ona oddzielona tylko płytką kostną mniej lub więcej cienką. Jest to stosunek prawidłowy, lecz zdarzają się i anomalje i to dość często.

Płytka kostna może wykazywać ubytki. Zatoka niekiedy przebiega bardzo blizko do bruzdy tylnej, albo też przebiega bardzo powierzchownie. Anomalje zatok były też przedmiotem licznych badań. Wskażę pomiędzy innemi na badania *Collet'a* „Anomalje zatoki bocznej" (25) i za pracę *Ver nieuwe'a* „Anomalje zatoki opony twardej; ich znaczenie kliniczne w otologji" (26).

Zaznaczyć należy, że podług niektórych autorów, a zwłaszcza *Chatelier'a* w przebiegu zapalenia zatoki poprzecznej wystąpić mogą zmiany narządów sąsiednich, mianowicie zmiany nerwowe, czy to na poziomie opuszki, czy też poniżej, naprzykład zmiany nerwu podjęzykowego. Opisano też przypadki z zespołem objawów ze strony otworu poszarpanego tylnego. Wreszcie bywa spostrzegane jako powikłanie żylne, na szczęście o wiele rzadziej, zapalenie zatoki jamistej. W piśmiennictwie znajdujemy kilka takich przypadków, mianowicie przypadek *Rodger'a* (27) i przypadki *Eagleton'a.*

D. Powikłania nerwowe stanowią u niemowlęcia wyjątek. Jednakże *Martineau* opisał przypadki porażenia nerwu twarzowego. *Le Mée, Bloch i Cazejust* w swym referacie podają, że nie spostrzegali oni tego powikłania. Osobiście również nigdy nie widziałem tych powikłań u niemowlęcia. U dzieci starszych jednak widujemy je od czasu do czasu. Jakie nerwy mogą być zajęte?

Na pierwszym miejscu i przedewszystkiem nerw twarzowy, następnie i nerwy gałki ocznej, nerw okoruchowy, bloczkowy, odwodzący, niekiedy nerw dodatkowy (praca *Leroux),* a także nerw trójdzielny. Zmiany ze strony nerwu trójdzielnego zostały opisane szczegółowo przez *Caboche'a* (28); podaje on trzy przypadki; jeden z nich dotyczył dziewczynki 10-letniej dotkniętej ostrem zapaleniem ucha środkowego, zapaleniem wyrostka, nerwobólem zębowym, zapaleniem opon. W przypadku tym nastąpiła śmierć i autor przypomina w związku z tem rozprawę *Baldenweck'a* o stosunku ucha środkowego do szczytu części skalistej i zwoju Gassera. Dwa inne przypadki dotyczyły dorosłych i zakończyły się wyzdrowieniem. Mimo to *Caboche* uważa nerwoból zębowy jako sygnał alarmowy, którego doniosłość i znaczenie anatomiczne i kliniczne coprawda trudno przewidzieć odrazu. Może on minąć nie pozostawiając śladów, a może być objawem zmian prowadzących do śmierci. *Aloin* niedawno podniósł znaczenie zmian ze strony nerwu trójdzielnego w przebiegu pewnych postaci zapalenia wyrostka u dzieci (29).

Co się tyczy porażeń ocznych, to nie spostrzegaliśmy u dzieci porażenia nerwu okoruchowego, powikłania często spostrzeganego przezemnie u dorosłych i jak wiadomo odznaczającego się nader ciężkiem rokowaniem, ponieważ wskazuje ono na rozległe zmiany ze strony mózgowia. Nie widziałem również u dzieci zajęcia nerwu bloczkowego, natomiast porażenie nerwu odwodzącego, stanowiące wraz z towarzyszącemi mu objawami zespół *Gradenigo* należy do powikłań dość częstych.

Nie mogę niestety dłużej zatrzymywać się na tej rozległej dziedzinie, gdyż to zaprowadziłoby nas za daleko. Poprzestanę na przytoczeniu niektórych nowszych i ważniejszych prac w tym przedmiocie, a mianowicie pracy *Caliceti'ego* (30) doniesienia *Rimini'ego* (31) z Trjestu, badania *Lapouge'a* (32) i artykułu *Lannois* (33). Dodam jeszcze, że wraz z *Rimini'm* przywiązuję duże znaczenie do bólu, wskazującego na współczesne istnienie zmian w zwoju Gassera. Przypomnę również, że *Gradeni'go* początkowo przypuszczał obecność surowiczego lub ropnego zapalenia opon i że obecnie cieszy się przeważnie uznaniem teorja szerzenia się stanu zapalnego z jamy bębenkowej lub uchyłka przez komórki szczytu części skalistej. Aczkolwiek strona patologoanatomiczna zagadnienia nie jest całkowicie wyjaśniona, jednak w praktyce zjawienie się objawu *Gradenigo* w tych razach, gdy niema tła swoistego, znamionuje stan poważny, gdyż nie możemy powiedzieć, czy objaw ten jest wy-

wołany postacią zapalenia opon dobrotliwą, czy też ciężką, śmiertelną.

Co do porażenia nerwu twarzowego, to nie spostrzegałem go wcale u niemowląt; natomiast posiadam całą serję spostrzeżeń u dzieci nieco starszych; wśród ostatnich czterech spostrzeganych przypadków porażenia nerwu twarzowego jeden dotyczył trzyletniego dziecka. Porażenie powstało w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego; nawiasem mówiąc dziecko bardzo szybko wyzdrowiało. Przytoczyć tu należy pracę *Baranger'a* pod tytułem: „Wpływ obwodowego porażenia nerwu twarzowego na rokowanie i wskazania operacyjne w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego". W mojem przekonaniu, porażenie nerwu twarzowego w prawdziwem zapaleniu ucha środkowego stanowi bezwzględnie wskazanie do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, przeważnie do trepanacji wyrostka.

(c. d. n).

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Uwagi o niedokrewności złośliwej i niedokrewności aplastycznej. A. Bécart *Presse médicale nr. 101 1927.*

Autor podnosi, że często używa się miana niedokrewności złośliwej dla przypadków jakiejkolwiek niedokrewności, której przyczyny nie znamy. Doprowadza to do zamieszania pojęć, stąd też wiele spostrzeżeń traci całkowicie na swej wartości. Autor sądzi, że nie należy mówić o uleczeniu niedokrewności złośliwej, ale o poprawie, względnie o remisji schorzenia, albowiem cechą kliniczną oddawna znaną jest przebieg niedokrewności złośliwej, polegający na okresowem zanikaniu ciałek czerwonych krwi i równie okresowem ich narastaniu, niekiedy w krótkim przeciągu czasu. Nagły wzrost krwinek z umierającego chorego czyni go w paru tygodniach człowiekiem pozornie zdrowym i czynnym, nie dowodzi jednak wyleczenia niedokrewności złośliwej, gdyż należy wyczekać na dowód czasu, który autor określa na cztery do pięciu lat.

Ogłaszano też przypadki wyleczenia niedokrewności aplastycznej metodą *Whipple'a.* Autor podkreśla, że wszyscy chorzy, u których rozpoznał ten typ niedokrewności — zmarli.

Natomiast wszystkie inne typy niedokrewności, nawet bardzo ciężkie pod względem klinicznym i hematologicznym, dają się wyleczyć przy odpowiedniem traktowaniu i usunięciu podstawowej przyczyny choroby.

Autor podaje następujące cechy niedokrewności złośliwej:

1) Jestto schorzenie występujące około 40-go roku życia, może częściej u kobiet, niż u mężczyzn, rozwijające się w przeciągu 4-ech do 5-ciu lat, charakteryzujące się zwolnieniami (remisjami), w dalszym przebiegu coraz krótszemi. — 2) Stale występują zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego a) zanik śluzówki, zwłaszcza języka b) *achylia gastrica* c) zaparcia stolca, bogata flora jelitowa, zakażenia pasożytnicze 3) charakterystyczny wygląd skóry 4) zaburzenia nerwowe jak np. parestezje (proces zwyradniający rdzenia). — Cechy hematologiczne niedokrewności złośliwej są następujące: 1) *Megalocytoza* istnieje zawsze nawet w okresie zwolenienia przy prawidłowej ilości krwinek 2) *hyperchromia* a stąd wskaźnik hemoglobiny zawsze wiekszy od jedności (jestto jak wiadomo jedną z najważniejszych cech niedokrewności złośliwej) 3) obecność we krwi prawdziwych megaloblastów. Tu autor wyróżnia trzy typy erytroblastów: a) erytroblasty o jądrze perlistem (megaloblasty prawdziwe); b) erytroblasty o jądrze siateczkowem lub promienistem i c) erytroblasty o jądrze pyknotycznem (małe lub duże) Według autora erytroblasty o jądrze perlistem są szczególnie patognomoniczne dla niedokrewności złośliwej, niestety trudno je nieraz znaleźć. 4) Leukopénja z limfocytozą.

W etjologji niedokrewności aplastycznej wykryć można często czynniki fizyczne lub chemiczne, jak np. promienie Roentgena, rad, arsen, ołów i t. p. Przypadki te w początkach swych, gdy niedokrewność nie przybrała jeszcze typu hypoblastycznego, są uleczalne. Obraz hematologiczny jest następujący: 1) brak anizocytozy i poikilocytozy, bolychromatofilji, brak krwinek o granulacjach. 2) brak krwinek jądrzastych. 2) leukopenja i limfocytoza. 4) zmniejszenie się ilości płytek krwi.

Metoda Whipple'a (opoterapja wątrobowa) w lecznictwie ciężkich niedokrewności. J. Mouzon. *Presse Médicale nr. 102 i nr. 104, r. 1927.*

Jest to obszerna praca referatowa, oparta na dotychczasowem, światowem piśmiennictwie, przedstawiająca całokształt badań i doświadczeń z zakresu leczenia złośliwych niedokrwistości zapomocą doustnego podawania wątroby. [1])

Myśl leczenia djetetycznego niedokrwistości złośliwej opiera się na następujących faktach: 1) częstość zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego oraz wczesność ich występowania w niedokrwistości złośliwej zwracała oddawna uwagę na znaczenie powyższych objawów dla patogenezy tego schorzenia. Wystarczy tu wspomnieć o stałym braku kwasu solnego w soku żołądkowym, o niedomodze gruczołów trawiennych, o szczególnym typie flory jelitowej. Wobec powyższego już *Fenwick, Naegeli, Hunter* zalecali sposób odżywiania, któryby zmniejszał procesy fermentacyjne i gnilne w przewodzie pokarmowym. *Knud Faber* zalecał kefir, *Hunter* kwas solny i t. p. Powyższy sposób postępowania nie dawał jednak odpowiednich wyników. 2) Wobec faktu występowania niedokrwistości w krzywicy, w gnilcu, pelagrze, beri-beri wielu autorów uważało niedokrewność złośliwą w analogji do powyższych schorzeń za awitaminozę, czyli za schorzenie zależne od niedoboru pokarmów. Idąc za radą *Elders'a*, który w przypadkach niedokrewności na Sumatrze stosował djetę składającą się z mięsa, śmietanki, żółtek, jaj, tranu, zielonych jarzyn i owoców, podobną djetę stosowali: *Oestreich*, w niedokrwistości złośliwej i *Aron* w anaemia splenica infantum i inni. Ten sposób leczenia w wielu wypadkach dał bardzo korzystne wyniki. 3) Obecne leczenie niedokrwistości złośliwej opiera się na doświadczeniach fizjologa *Whipple'a*, który od r. 1920 razem z *Robscheit Robbins* przeprowadził szereg doświad-

---

[1]) Patrz streszczenia działu med. wewnętrznej w Wiedzy lek. Nr. 2, r. 1927.

czeń na psach. Doświadczenia te polegały na podawaniu psom stałej, ściśle określonej djety i wywoływaniu u nich ciężkiej i trwałej niedokrwistości zapomocą często powtarzanych upustów krwi. Psom tym w stanie niedokrewności dodawano do podstawowej djety rozmaite leki, z których arszenik okazał się zupełnie bezskuteczny, podczas gdy żelazo nie pozostało bez korzystnego wpływu. Najkorzystniejszem jednak okazało się dodanie do podstawowej racji żywnościowej wątroby wołu. Podobnie wpływało też podawanie nerek, w mniejszym stopniu serca, a w stopniu najmniejszym mięsa wołowego. *Whipple* sam nie stosował swojej metody u ludzi, on to jednak stworzył podstawy leczenia niedokrwistości złośliwej zapomocą podawania wątroby, wyrażając w r. 1925-ym przypuszczenie, że w powyższem schorzeniu pewne pokarmy okażą się bardziej skuteczne aniżeli leki.

Pierwsze, na szeroką skalę badania kliniczne przeprowadzili w Ameryce *Minot* i *Murphy*. Djeta ich ma skład następujący: (racja dzienna) 125 gr. beefsteck'a lub mięsa półsurowego; najmniej 300 gr. zielonych jarzyn (szpinak i sałata w szczególności) wiele owoców, zwłaszcza świeżych i nie zawierających wiele wodanu węgla, mierną ilość pokarmów węglowodanowych (cukier, słodycze, pokarmy mączne, pieczywo i t. p.), do 240 gr. mleka, mało soli, ilość tłuszczów należy zredukować do 70 gr. dziennie (unikać masła i oliwy), najwyżej 1 jajko dziennie. W sumie djeta powyższa zawiera 2500 ciepłostek; 135 gr. białka, 340 gr. węglowodanów i 70 gr. tłuszczu. Do tego dochodzi codzienna porcja wątroby wołu, cielęcia lub barana; zamiast wątroby użyć można nerek. Autorowie przestrzegają przed wątrobą wieprzową, jako zbyt tłustą. Wątroba może być podana surowa lub gotowana. O ile ma być gotowana, gotowanie nie powinno trwać długo (do 10-ciu minut) przyczem woda, w której wątroba się gotowała powinna być w całości podana choremu, albo osobno jako zupa lub też razem z wątrobą. Należy zwrócić uwagę na możliwe urozmaicony sposób podawania wątroby (do wątroby można podawać jarzynę, pieczywo, sok z cytryny). Autorowie podkreślają, że mimo pewnej niechęci ze strony chorych wszyscy chorzy znoszą podawanie wątroby, ewentualnie użyć można zgłębnika. Wątroba ptaków i ryb nie posiada wysokiej wartości (*Whipple*).

Ostatnia statystyka *Minot'a* i *Murphy'ego* odnosi się do 125 przypadków niedokrwistości typu złośliwego, z tych 108 przypadków wykazywało mniej niż 2700000 ciałek czerwonych, średnio 1500000, najmniej 500000 przed leczeniem. Po miesiącu leczenia średnia wynosiła 3360000, po upływie dwuch miesięcy — 4250000, po pół roku — 4650000. U 52 tych chorych stan poprawy utrzymuje się dłużej niż rok, u 12 — ponad dwa lata, u 2 zaś — trzy i trzy i pół lat. W żadnym wypadku śmierć nie nastąpiła z powodu niedokrwistości; pogorszenie się stanu, względnie brak dalszej poprawy odnosić należało albo do zaprzestania leczenia, albo też do mniej ścisłego przestrzegania djety. Znaczna ilość chorych uważa się za zdrową i podjęła pracę codzienną.

Pierwszym wskaźnikiem wpływu korzystnego wątroby jest nagłe powiększenie się ilości ciałek granulowanych, która zjawia się między czwartym, a siódmym dniem i trwa tylko parę dni. Nadto zjawiają się krwinki wielobarwne i jądrzaste. Od drugiego tygodnia podawania wątroby ilość ciałek czerwonych we krwi wzrasta, niekiedy dzieje się to z szybkością znaczną i *Means* podaje, że w ciągu trzech pierwszych tygodni ilość ciałek czerwonych wzrosnąć może do 3000000. Równocześnie wzrasta ilość płytek krwi, które niebawem spadają do ilości prawidłowej: ilość ciałek wielojądrzastych wzrasta również; w późniejszym okresie stwierdza się nieraz eozynofilję, która dojść może do 20%: wskaźnik hemoglobiny i średnica ciałek czerwonych zmniejszają się, zmniejsza się też anizocytoza i poikilocytoza. Bardzo szybko budzi się apetyt u chorego, wracają siły i dobre usposobienie, znika duszność, bicie serca, spada gorączka. Po paru miesiącach znika też charakterystyczny wygląd języka; jedynie brak kwasu solnego w soku żołądkowym oraz ewentualne zmiany zależne od stanu rdzenia i mózgu pozostają jako wyraz nieodwracalności uszkodzenia. *Minot* i *Murphy* podają 5 przypadków w których ilość ciałek czerwonych wzrosła znacznie ponad 5000000 tak, że autorowie ci zmuszeni byli ograniczyć bardzo ilość spożywanej wątroby.

Chorzy powinni pozostawać na przepisanej djecie stale aż do osiągnięcia zupełnej poprawy, ale i później wielu z nich może się uważać za zdrowych pod warunkiem przestrzegania ściśle odpowiedniej djety: u innych można ograniczyć ilość spożywanej wątroby, jednakowoż zawsze pod ścisłą kontrolą stanu krwi; w niektórych przypadkach można wątrobę podawać co drugi dzień. Autorowie amerykańscy uważają podawanie wątroby za leczenie ściśle swoiste niedokrewności złośliwej, w analogji do opoterapji tarczycowej przy myxoedema; a nawet sądzą, że brak poprawy przy sposobie leczenia *Whipple'a* przemawia za tem, że niedokrewność nie była typu złośliwego.

Dotychczasowe doświadczenia nad tą nową metodą leczenia niedokrwistości złośliwej w Europie, jakkolwiek odnoszą się do znacznie mniejszej ilości przypadków, przemawiają całkowicie za niezwykłą skutecznością tego sposobu leczenia. Obok oryginalnej metody próbowano też wprowadzić pewne zmiany i tak np. *Kuichera* naświetlał wątrobę promieniami pozafioletowymi przed podawaniem jej. Postępując w ten sposób uratował życie chorej umierającej, u której ilość ciałek czerwonych wynosiła 350000. Po dwuch miesiącach chora ta wykazywała 4800000 krwinek w 1cmm. *P. Emile-Weil* kombinował metodę *Whipple'a* z transfuzją krwi i wstrzykiwaniem insuliny z bardzo dobrym wynikiem. Niekorzystny wynik otrzymał *Huston*, który podawał wątrobę w przypadku niedokrwistości złośliwej powikłanej zapaleniem nerek: u chorego bowiem wystąpiła mocznica, podobny przypadek miał obserwować *Pagniez*.

Niezależnie od niedokrwistości złośliwej, wbrew temu co twierdzą autorowie amerykańscy, *Fiessinger* i *Castéran* otrzymali korzystne wyniki przy niedokrwistości typu śledzionowego z żółtaczką i zmniejszoną odpornością krwinek czerwonych; *de Loygne* w żółtaczce hemolitycznej; *Jagić* zaleca metodę *Whipple'a* nie tylko w błednicy ale też i agranulocytozie. *Achard* stosował ją u dwuch chorych na białaczkę ostrą.

W związku z powyższymi wynikami powstaje zagadnienie, jaki składnik wątroby posiada właściwości lecznicze i jaki jest mechanizm jego działania? Bliższe badania wykazały, że spożywanie wątroby, przy uwzględnieniu djety podanej wyżej, nie zmienia środowiska przewodu pokarmowego. Podobnie nie chodzi tu o działanie żelaza w które obfituje wątroba, jak to przypuszczał *G. Hayem*. Niema też dostatecznych dowodów na to, że spożywanie wątroby reguluje przemianę barwików krwi.

Odrzucić też należy przypuszczenie, że djeta powyższa wpływa przez swą znaczną zawartość w białka i tłuszcze. Niewielu zwolenników posiada też teorja oparta na obecności w wątrobie witamin A i E.

Interesujące są pod tym względem badania autorów amerykańskich *Cohna i Minota*, którzy usiłowali wyodrębnić z wątroby czynnik działający, zapomocą ekstrakcji wodnej w srodowisku zasadowem, następnie kwaśnem, pozbawiając się białka przez gotowanie, wyciągając następnie ciała rozpuszczalne w eterze i strącając w pozostałości czynnik działałający zapomocą wyskoku. Czynnik ten w dawce 9 do 14 gr na 24 godzin, względnie w dawce jeszcze mniejszej po uprzedniem oczyszczeniu, dał w rękach *Minot'a i Murphy'ego* bardzo korzystne wyniki w 20-tu przypadkach niedokrwistości złośliwej. Ten czynnik działający przedstawia niespełna 2°/₀ całkowitej wagi wątroby, użytej dla jego wyodrębnienia. Jest to biały proszek, który nie daje reakcji biuretowej (na białko), jest rozpuszczalny w wodzie, nierozpuszczalny w eterze i acetonie nawet na gorąco, strąca się alkoholem. Nie zawiera tłuszczów ani lipoidów, różni się zasadniczo od witaminy A i E, które są rozpuszczalne w tłuszczach, zawiera 7°/₀ azotu i małe ilości żelaza i siarki. Nie jest ciałem jednolitem, gdyż niektóre jego składniki rozpuszczają się w normalnym alkoholu butylowym, inne w pyridinie, jeszcze inne w kwasie octowym lodowatym, inne zaś w powyższych rozpuszczalnikach nie rozpuszczają się. *West* otrzymał preparat który zawiera azot, fosfor i siarkę, nie zawiera zaś żelaza, a zastosowany w 5-ciu przypadkach niedokrwistości złośliwej dał również wyniki korzystne. *Pal* (z Wiednia) używa z powodzeniem preparatu podobnego do preparatu *Cohn'a*. ale zawierającego większe ilości żelaza (0,92°/₀).

W ten sposób przedstawiają się dotychczasowe badania nad istotą ciała działającego, obecnego w wątrobie. Co się zaś tyczy mechanizmu działania jego wypowiedziano pod tym względem szereg teorji i hypotez. *M. Labbé* sądzi, że wątroba zawiera ciała, które ochraniają ciałka czerwone przed hemolizą. podobnie jak cholesteryna cchrania je przed jadem węży. Wypowiadano też przypuszczenia, że wątroba wpływa pobudzając szczególną energję. *Minot i Murphy, Means, Peabody* wypowiadają następującą hypotezę: niedokrewność złośliwa jest schorzeniem erytropoezy; które polega na niedostateczności materjału, niezbędnego do odbudowy substancji podporowej krwinek (stroma). Stąd też młode generacje ciałek czerwonych zawierają znaczne ilości hemoglobiny (podwyższony wskaźnik hemoglobiny), której ilość jest względnie dostateczna. Wzmożenie się ilości megaloblastów w szpiku kostnym, ta cecha charakterystyczna niedokrwistości złośliwej, znajduje swe tłumaczenie według *Peabody'ego* w niezdolności ustroju do dalszego rozwoju erytropoezy. Opoterapja wątrobowa dostarcza ustrojowi składników niezbędnych do budowy substancji podporowej krwinek i tem tłumaczy się ów przełom retikulocytarny i gwałtowne wzmożenie się ilości ciałek czerwonych, odpowiednie zużycie barwików i spadek cholemji, które spostrzegamy przy podawaniu wątroby. Odbudowa krwinek idzie tak szybko, że, jak to podnoszono, może dojść do prawdziwej polyglobulji.

Dalsze podania wyjaśnią powyższe zagadnienia, dziś należy podkreślić, że opoterapja wątrobowa nie jest leczeniem przyczynowem, nie należy zatem oczekiwać po niej prawdziwego wyleczenia schorzenia. Lecz i leczenie insuliną nie jest leczeniem przyczynowem, podobnie jednak jak to ostatnie metoda *Whipple'a* zmienia zupełnie nasze dotychczasowe zapatrywania na rokowanie w niedokrwistości złośliwej.

Wpływ spożycia ciał białkowych na tętnicze parcie krwi. Ph. Pagniez i A. Escalier. *Presse Médicale. Nr. 1. 1928.*

Według ogólnie przyjętych pojęć tętnicze parcie krwi podnosi się w okresie trawienia, okazuje się jednak, że mniemanie powyższe nie znajduje dostatecznych podstaw nawet w tych nielicznych pracach, które są temu tematowi poświęcone. N. p. *Potain* mówi o spadku parcia krwi w okresie trawienia i sądzi, że tylko po spożyciu obfitszego posiłku z dodatkiem wina, wskutek pobudzenia akcji serca, dochodzi do podwyższenia parcia krwi. *Loeper* w r. 1912, pisze, że parcie krwi w okresie trawienia podlega trzem fazom: początkowemu wzniesieniu następowemu obniżeniu i wreszcie późnemu podniesieniu.

Autorowie przeprowadzili badania nad ludźmi zdrowymi i chorymi i stwierdzili, że parcie krwi zarówno skurczowe jak i rozkurczowe ulega obniżeniu w okresie trawienia. Obniżenie to występuje zarówno po spożyciu pokarmów białkowych, jak i węglowodanów. Ważnem jest zaznaczenie, że spadek powyższy ma miejsce również u chorych z pierwotnem wzmożeniem tegoż. Z powyższych badań należy wyciągnąć wniosek praktyczny, że tętnicze parcie krwi, które znajdujemy w 2 do 3 godzin po spożyciu pokarmów, należy poddać poprawce i to względnie dość znacznej, gdyż dochodzącej do 30 mm Hg. jest bowiem rzeczą bardzo prawdopodobną, że istotnie parcie wyższe jest, niż to, które odczytaliśmy na manometrze.

Zmienność skurczowego, tętniczego parcia krwi u hypertoników. J. Barbier i A. Josserand. *Journ. de Méd. de Lyon Nr. 2. r. 1928.*

Dotychczasowe badania ustaliły, że zarówno u ludzi zdrowych, jak i u chorych tętnicze parcie krwi, czy to skurczowe, czy też rozkurczowe, utrzymuje się stale na pewnym poziomie. Od niedawna dopiero zwrócono uwagę na pewne wahania podtym względem, w szczególności zaś na wahania spotykane u hypertoników. Autorowie swe badania przeprowadzili w klinice Prof. *Bard'a* od r. 1921. Stwierdzili oni, że niektórzy hypertonicy skarżą się na okresowe napady, wyrażające się silnymi bólami głowy, nudnościami, wymiotami, krwotokiem z nosa, podczas których stwierdzić można znaczne zwolnienie tętna a po ich ustąpieniu, co ma miejsce po paru godzinach, znaczny spadek moczenia. Badania nad parciem tętniczem, które wielokrotnie wykonywano wykazywały, znane powszechnie, wysokie na jednym poziomie utrzymujące się parcie krwi — badania te jednak stwierdzały w czasie napadu znaczną podwyżkę ponad dotychczasowy poziom, przyczem tętno wykazywało wyraźny typ tętna anakrotycznego. Parcie rozkurczowe nie uległo wybitniejszym wahaniom. Bliższe badania wykazały, że w czasie napadu poziom parcia fali anakrotycznej jest równy zwykłemu parciu skurczowemu, który u danego osobnika istniał przed napadem. Nadwyżka parcia skurczowego nad poziomem parcia anakro-

tycznego wynosiła do 4 cm Hg. I tak n. p. w jednym przypadku stałe parcie wynosiło 19 cm/12 cm Hg, w czasie napadu parcie rozkurczowe utrzymało się na 12 cm. parcie anakrotyczne 19 cm. parcie skurczowe zaś 23 cm, a nawet 26 cm Hg. Nadto stwierdzić można w takich przypadkach nierówność parcia poszczególnych uderzeń tętna, co podnosi *Boulet*.

U innych hypertoników, u których istniała hypertonia i stała równoczesna anakrotia zauważyć można niekiedy pod wpływem niektórych czynników, (jak np. grypa, zranienia i krwotok) wręcz przeciwne zachowanie się tetna i parcia skurczowego krwi. U jednej takiej chorej parcie krwi wynosiło stale 250/105 mm Hg. parcie anakrotji 170 mm. Hg. pod wpływem grypy i gorączki anakrotja zginęła a parcie wykazywało 170/105 mm Hg.

U niektórych hypertoników pod wpływem odpowiedniego leczenia parcie obniża się, by natychmiast po powrocie z uzdrowiska podnieść się na dawny poziom.

Czasowe i napadowe podwyżki parcia skurczowego krwi mogą według *Gallavardina* przebiegać też niespostrzeżenie. *Gallavardin* zwraca uwagę nadto, że w przypadkach podobnych podwyżki te wykazują skłonność do ustalania się, czyli napady te podnoszą stały poziom parcia krwi.

Samoistna odma opłucnowa w przebiegu dwu ciąży. E. Duhot. *Soc. méd. des hôpit. Nr. 1. 1928.*

Samoistna odma opłucnowa w przebiegu ciąży, o ile nie powstała na tle gruźliczem, należy do rzadkości. Autor podaje następującą, ciekawą pod tym względem, historję choroby.

Kobieta lat 35 w 8-mym miesiącu ciąży dostaje nagle duszności wśród zupełnego zdrowia. Badanie wówczas wykonane wykazało całkowitą odmę opłucną po stronie prawej i lekki białkomocz. Po dwu tygodniach przedwczesny poród, dziecko na drugi dzień umiera. Stan chorej po 5-ciu dniach poprawia się i niebawem bez leczenia następuje zupełne ustąpienie wszelkich objawów chorobowych, Następne dwa porody zupełnie prawidłowe.

Podczas 4-tej ciąży, w trzecim miesiącu, nagle bez wyraźnej przyczyny wystąpiły znowu objawy odmy opłucnej po stronie prawej, lecz w stopniu łagodniejszym niż poprzednio. Po 5-ciu miesiącach leżenia w łóżku poród przedwczesny. Po dalszych czterech miesiącach odma trwa nadal. Ścisłe badania fizykalne i prześwietlanie promieniami Rentgena wykazało całkowitą odmę po stronie prawej przy zupełnym braku płynu w jamie opłucnej. Chora uskarża się na znaczne bóle głowy; parcie krwi tętnicze 22/17 cm Hg. (Pachon), mocznik we krwi; 0.26°/₀₀ brak białkomoczu. W miesiąc później bóle głowy mniej gwałtowne, duszność utrzymuje sie. Badanie przedmiotowe: jak poprzednio, parcie krwi 24/14 cm Hg. Parcie w jamie opłucnej prawej wykazuje znaczne wychylenie: +5 do —2 cm H_2O.

Autor sądzi, że przyczyną odmy samoistnej w danym przypadku była rozedma płuc. Podkreślić należy, że mimo danych co do istnienia odmy otwartej i mimo długotrwałości odmy nie doszło do wytworzenia się, tak częstego w tych wypadkach wysięku opłucnowego.

Przyczynek do badań nad obrzękami pochodzenia wątrobowego, A. Dumas. *Le Journ. Méd. français. T. XVV, Nr 12.*

Obrzęki w marskości wątroby znane są oddawna oraz związek ich z nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej; w przypadkach tych znajdują się one na dolnych kończynach. Niezależnie jednak od tego rodzaju obrzęków spostrzegano niejednokrotnie obrzęki ogólne, nie stojące w żadnym związku z nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej i przypominające zupełnie te obrzeki, jakie spotykamy w zapaleniu nerek. Dla obrzęków tych nie znaleziono przyczyny ani w zakresie nerek, ani krążenia krwi, w szczególności zaś w stanie serca, tak że przypisać je należy jedynie tym zmianom, jakie spotykamy podczas sekcji w wątrobie, a co za życia wykryć możemy badaniami klinicznemi. Już *Hanot* w r. 1893, pisał, że „zmiany w komórce wątrobowej tłumaczą obrzęki umiejscowione bądź to około stawu skokowego, bądź też na twarzy, bez białkomoczu. Istnieje obrzęk pochodzenia wątrobowego tak, jak istnieje obrzęk pochodzenia nerkowego i może on być znakiem ostrzeżenia." Inni autorowie juk *Roger Le Calvé* sądzą, że produkty autolityczne, przepuszczane przez wątrobę uszkadzają czynnościowo nerki i tą drogą powodują powstanie obrzęków.

Autor podaje historję choroby chorego lat 60, z ogólnymi obrzękami zwłaszcza na kończynach dolnych, u którego w wywiadach wykryć można było nadużycie alkoholu oraz możliwość zatrucia przewlekłego ołowiem. Badanie fizykalne wykazało znaczny obrzęk skóry twarzy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, a zwłaszcza kończyn dolnych, nadto obecny był płyn w obu jamach opłucnowych, przy braku tegoż w jamie brzusznej. Wątroba i śledziona nie powiększone, serce bez zmian, mocz nie zawierał ani cukru, ani białka, parcie krwi 14/8cm Hg. azot we krwi 0.3 pro. mille. W dalszym przebiegu u chorego wystąpiło silne podniecenie, halucynacje wzrokowe, wśród tych objawów chory zmarł. Na stole sekcyjnym stwierdzono obecność płynu w obu jamach opłucnowych, inne narządy zmian nie wykazywały, w szczególności zaś ani serce, ani nerki (te ostatnie nawet drobnowidowo), jedynie wątroba, która ważyła 1280 gr., przedstawiała obraz marskości w pełnym rozwoju z wyraźnie zaznaczonem stłuszczeniem.

W przypadku powyższym (w którym za życia wydzielanie chlorków moczem było prawidłowe) można było winić jedynie wątrobę, jako przyczynę powstawania obrzęków. Autor sądzi, że dla tłumaczenia powstawania obrzęków należy przyjąć teorję *Starling'a* zwłaszcza. że ostatnio *Gowaertz* zbadał bliżej stosunek między powstawaniem obrzęku a ilością białek krwi, wiadomo zaś z badań *Epstein'a*, że i rodzaj białek gra tu rolę.[1]) Zmiany chorobowe

[1]) Według *Starlinga* przyczyną ruchu limfy i przepływu osocza, a raczej jego filtratu przez ściany naczyń włosowatych, jest różnica parcia hydrostatycznego i parcia osmotycznego białek (w analogji do parcia osmotycznego krystaloidów np. mocznika, NaCl i t. d.). W powstawaniu obrzęków według nowych badań (między innymi *Gowaertza i Epsteina* i innych) warunki prawidłowe ulegają zaburzeniu, wskutek odmiennego parcia hydrostatycznego w naczyniach krwionośnych i odmiennego parcia osmotycznego koloidów (białek). Co się tyczy tych ostatnich, chodzi tu o odmienny

w wątrobie mogą wpłynąć na powstawanie obrzęków, gdyż wątrobie przypada rola znaczna w przemianie białkowej.

O patogenezie obrzęków troficznych (trophoedema) i o roli układu nerwowego w umiejscowieniu niektórych obrzęków. A. Léri. *Le Journ. Méd. Français. T. XXVI. Nr. 12.*

Autor nie omawia tutaj ani obrzęków pochodzenia nerkowego lub sercowego, ani też obrzęków ograniczonych powstających nagle i przelotnych, nazywanych angioneurotycznemi lub chorobą *Quincke'go*, ani także nie omawia tu obrzęków ograniczonych o przebiegu przewlekłym, które spostrzegano nawet po lekkich uszkodzeniach, lecz równoczesnych, w zakresie naczynia krwionośnego lub nerwu o większem znaczeniu. Podkreślić tu jednak trzeba znane doświadczenie *Ranvier'a*, który wykazał, że po podwiązaniu żyły udowej u królika obrzęk kończyny pojawi się wówczas dopiero, gdy przetniemy odnośny nerw kulszowy. W łączności z powyższem spostrzeżeniem *H. Meige* opisał obrzęk troficzny, (trophoedema), pod którem to mianem rozumieć należy obrzęk blady, zbity i niebolesny, zajmujący jeden lub więcej odcinków jednej lub więcej kończyny i trwający całe życie, bez wyraźnego wpływu na stan zdrowia. Obrzęk ten może być wrodzony lub nabyty, może być dziedziczony lub rodzinny. Jakkolwiek *Meige* przyjmował wybitny udział nerwów w powstawaniu powyższych obrzęków, to jednak nie mógł przeprowadzić bezpośredniego na to dowodu.

Autor spostrzegał trzy przypadki, w których występował obrzęk troficzny kończyny dolnej: w przypadku pierwszym od 7-miu lat, w przypadku drugim od 6-ciu lat, w trzecim zaś dopiero od 8-miu miesięcy. We wszystkich tych przypadkach autor stwierdzał szerokie otwarcie kanału kości krzyżowej i oznaki spina bifida, bądź to bezpośredniem badaniem, bądź też zapomocą promieni Roentgena. Wobec tego, że poprzednio autor stwierdził już łączność między spiną bifida a incontinentia urinae essentialis i że przypadki te przy operacji wykazywały wyraźne zmiany, polegające na ucisku nerwów ogona końskiego (cauda equina) a po operacji przypadki zostały uleczone — przeto autor w jednym z przypadków obrzęku troficznego również zaproponował zabieg chirurgiczny. Niestety zabieg ten nie dał wyniku korzystnego, dostarczył jednak anatomicznego dowodu słuszności tezy o roli układu nerwowego przy powstawaniu omawianego schorzenia. Podczas operacji okazało się bowiem, że osłonka rdzeniowa sięgała tylko do pierwszego kręgu krzyżowego, była ona zgrubiała i przedstawiała obraz zbliznowacenia, jakgdyby pozostałość po procesie zapalnym. Wykazywała nadto zboczenie ku stronie prawej. Gruby nerw wychodzący z rdzenia po stronie prawej kierował się również ku kończynie prawej (zdrowej); po stronie lewej podobnie znaczny nerw skierowywał się ku tejże zdrowej kończynie prawej i dopiero pod nim cienkie nerwy, (o objętości połowy zaledwie nerwu po stronie zdrowej) kierowały się ku kończynie chorej (lewej). Niewątpliwie zatem w unerwieniu szukać tu należy przyczyny obrzęku troficznego kończyny lewej. Nie we wszystkich jednak przypadkach obrzęku troficznego winić można tylko unerwienie. Autor podaje np. przypadek podobnego obrzęku kończyny, nie przedstawiającego cech *elephantiasis*, którego przyczynę jednak wykryto zapomocą promieni Roentgena pod postacią całkowitego zwapnienia gruczołów chłonnych pachwiny, hypogastrium, gruczołów lędźwiowych zewnętrznych i powyżej. Autor sądzi przeto, że przyczyną obrzęku troficznego jest wadliwa wymiana i ruch limfy w danej kończynie, te zaburzenia jednak mogą być wywołane przez pierwotną zmianę w unerwieniu kończyny. Różnica między obrzękiem troficznym a słoniowatością polega na tem, że w pierwszym przypadku brak jest czynnika zapalnego, właściwego słoniowatości.

Z. Gorecki.

---

stosunek wzajemny globulin do albumin osocza, gdyż poszczególne rodzaje białek posiadają w roztworze odmienne (co do wielkości) parcie osmotyczne. (Przyp. ref.).

CHIRURGJA.

O zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci, przebiegającem z niecharakterystycznemi objawami kolki jelitowej. Métivet. *La Presse Méd. Nr. 102. grudzień 1927.*

Dziecko takie, znacznie rzadziej dorosły, miewa kilka razy w ciągu dnia napady krótkotrwałych bólów w dole brzucha lub koło pępka; przy obmacywaniu okolicy prawego talerza biodrowego w czasie napadu wyczuwa się nieraz rozdętą i wrażliwą na ucisk kątnicę. Napady takie występują okresami, trwającemi od kilku dni do kilku tygodni. Przy operacji stwierdza się brak cech zapalnych ze strony kątnicy i wyrostka, wyrostek wolny, gruby, o świetle szerokiem, wypełnionem kałem miękkim, lub w postaci twardych kamieni. Kamienie te z jednej strony pobudzają mięśniówkę wyrostka do gwałtownych skurczów, skąd bóle napadowe, z drugiej zaś — z czasem powodują zgorzel ściany wyrostka w miejscu, przylegającem do kamienia, z wszelkiemi tego następstwami.

A więc u dzieci z bólami brzucha typu kolki jelitowej, ale bez wyraźnych objawów schorzenia jelit, należy zawsze myśleć o zapaleniu wyrostka robaczkowego i wyrostek taki usuwać, gdyż w ten sposób nietylko przerywa się całkowicie występowanie bólów napadowych, ale i na przyszłość zabezpiecza się chorego takiego przed występującą tu tak często dzięki wyżej podkreślonym okolicznościom sprzyjającym zgorzelą ściany wyrostka.

Przewlekła niedrożność kiszkowa wskutek tak zwanej pericolitis adhaesiva dextra. Duroux. *La Presse Méd. Nr. 103. grudzień 1927.*

Schorzenie to polega na znacznem zbliżeniu na tle zrostów zapalnych prawej połowy wydłużonej w tych przypadkach poprzecznicy do okrężnicy wstępującej (w kształcie szpilki do włosów) z załamaniem kiszki pod ostrym kątem w okolicy zgięcia wątrobowego i w następstwie znacznego zwężenia światła — z objawami zastoju w kątnicy i okrężnicy wstępującej. Poza zapaleniem wyrostka robaczkowego jako jedną z częstszych przyczyn wchodzą tu w grę: pierwotne zapalenie

kątnicy i okrężnicy, zapalenie pęcherza żółciowego, wrzód żołądka i dwunastnicy, zapalenia przydatków u kobiet.

W przeciwieństwie do zwykłego, banalnego zaparcia na tle zastoju w zstępnicy i esicy — zaleganie treści w prawej połowie okrężnicy wskutek wsysania się jadów bakteryjnych i różnych trujących produktów trawienia kiszkowego pociąga za sobą cały szereg zaburzeń ze strony prawie wszystkich narządów jamy brzusznej, a w pierwszej linji — wątroby, nerek, żołądka i układu nerwowego.

Na bogaty zespół objawów klinicznych składają się: mniej lub więcej nasilone bóle w prawej połowie brzucha i uczucie ciążenia (wskutek współczesnego zapalenia wyrostka, nadmiernie dużej kątnicy, niedomogi zastawki Bauhina), mdłości i brak apetytu, *foetor ex ore*, migreny, bezsenność, ogólne osłabienie mięśniowe (astenja) uporczywe zaparcia stolca na zmianę z rzekomemi biegunkami, wreszcie różne objawy ze strony wątroby i nerek i ogólne wyniszczenie. Rozpoznanie ustala prześwietlenie przewodu pokarmowego promieniami Roentgena, które w przypadkach tych wykazuje zaleganie papki kontrastowej w prawej połowie okrężnicy jeszcze po 36 godzinach, kiedy w warunkach prawidłowych odcinek ten bywa opróżniony całkowicie już po 12 godzinach.

W większości przypadków schorzenie to ma przebieg względnie dobrotliwy, niegroźny bezpośrednio dla życia; z tego też względu autor jest przeciwnikiem wycinania w tych przypadkach okrężnicy częściowego lub całkowitego — zabiegu dość ciężkiego, proponując ze swej strony ograniczenie się do uwolnienia wstępnicy ze zrostów (*cololysis*) i sfałdowania, zwężenia kątnicy (*caecoplicatio*), uzupełnione wycięciem wyrostka robaczkowego, jako przyczyny choroby lub jej skutku, ewentualnie w celu usunięcia źródła stałego zakażenia okrężnicy (*cavité close* — wylęgarnia dla drobnoustrojów). Zabieg ten autor wykonywał z cięcia Jalaguiera nieco rozszerzonego; fałdował kątnicę, wgłąbiając do jej światła część ściany, ograniczoną 2 taśmami. Wyniki miał bardzo dobre. Prześwietlenie przewodu pokarmowego promieniami X po roku i 2 latach wykazywało prawidłowe przechodzenie papki kontrastowej przez okrężnicę wstępującą i poprzeczną.

Leczenie operacyjne zwężeń przedniej cewki moczowej. Cifuentes. *Journal d'Urologie, XXIV — Nr. 5, listopad 1927.*

Autor uwzględnia tu dwie postacie: zwężenie ujścia zewnętrznego cewki i zwężenie części cewki, należącej do prącia. W pierwszym przypadku schorzenie zwykle bywa powikłane stulejką — wskutek długotrwałego stanu zapalnego żołędzi i napletka powstaje między niemi rozległy i silny zrost (uniemożliwiający zwykłą operację fimozy) i w końcu znaczne zwężenie bliznowe ujścia zewnętrznego cewki, zrośniętego z wolnym brzegiem napletka. Jego rozszerzanie lub nacięcie nie prowadzą do celu. Autor proponuje tu zabieg następujący: cięcie okrążające ujście zewnętrzne w odległości 1 cm, wydłużone na dolnej powierzchni prącia wzdłuż jego szwu (2 cm) w kształcie rączki rakiety; cięcie to dotyczy skóry i części żołędzi, otaczającej ujście zewnętrzne cewki, i w głębi zwęża się lejkowato, w ten sposób zostaje ścięty szczyt żołędzi wraz z przylegającą częścią napletka; poczem nacina się podłużnie dolną ścianę cewki na przestrzeni 1—1½ cm (w miejscu takiegoż cięcia skóry) i brzeg cewki przyszywa się szeregiem szwów węzełkowych strunowych do brzegu skóry (jak w operacji odcięcia prącia); cewnik na stałe na przeciąg 5—6 dni.

W przypadkach zwężenia części prąciowej cewki, które nie poddają się leczeniu zapomocą rozszerzadeł i które dają wskazania do uretrotomji wewnętrznej, autor zaleca nacięcia odzewnątrz cewki w części kroczowej, przeprowadzenie w kierunku od rany do ujścia zewnętrznego odpowiedniego cewnika (co udaje się znacznie łatwiej, niż w kierunku odwrotnym) i przeprowadzenie po nim jako po konduktorze uretrotomu od ujścia zewnętrznego cewki do pęcherza. Nacinania cewki w jej części prąciowej autor radzi unikać, gdyż wskutek cienkości warstwy, oddzielającej cewkę od skóry, powstają tu w następstwie łatwo przetoki moczowe.

Nowotwory pęcherza moczowego (*temat programowy II Zjazdu Urologów Rosyjskich*) **Gagneau i Gotlieb.** *Journ. d'Urologie, XXIV — Nr. 5, listopad 1927.*

Wszystkie nowotwory pęcherza — pomimo to, że rzadko dają przerzuty do gruczołów chłonnych i innych narządów i naogół nie szerzą się na tkanki otaczające, pozostając schorzeniem umiejscowionem— mają jednak poza tem charakter złośliwy, nawet te, których histologiczne utkanie przemawiałoby za ich dobrotliwością. Rozróżniamy tu: 1) brodawczaki (włókniako-nabłoniaki), 2) brodawczaki zwyrodniałe złośliwie, 3) raki i 4) raki o spoistości zbitej. Dwie pierwsze grupy są częste, dwie pozostałe są rzadkie. O rozpoznaniu rozstrzyga wziernikowanie pęcherza i jego prześwietlenie promieniami X.

W leczeniu guzów względnie dobrotliwych (brodawczaki) na pierwszym planie postawić należy elektrokoagulację drogą endoskopji, jako dającą najlepsze wynikj (nawrót cierpienia tylko w 1½% przypadków); znacznie gorsze wyniki otrzymuje się po przyżeganiu guzów środkami chemicznemi lub żegadłem. W przypadkach guzów zdecydowanie złośliwych tylko leczenie operacyjne może zapewnić jakie takie wyniki; stosowanie promieni X i radu znajduje się obecnie jeszcze w okresie rozwoju i prób, jakkolwiek już nieraz obserwowano po niem znaczną poprawę, a nawet jakoby wyleczenie; guzy brodawkowate łatwiej poddają się leczeniu energją promienistą, niż guzy naciekające ścianę pęcherza. Wreszcie próbowano z powodzeniem całkowitego wycięcia pęcherza z przeszczepieniem moczowodów.

Rokowanie pooperacyjne w raku gruczołu piersiowego. Dahl-Iversen. *Lyon Chir. XXIV — Nr. 6, listopad-grudzień 1927.*

Autor wnioski swoje wyprowadza na podstawie obserwowanych przez siebie w ciągu 3 lat 109 przypadków; w 33% nastąpiło wyleczenie, w pozostałych chore zmarły wskutek nawrotu cierpienia.

Dla rokowania duże znaczenie ma wielkość guza nowotworowego: do wielkości śliwki — śmiertelność pooperacyjna wynosiła 17%, w guzach większych — do wielkości jaja — 87%. Następnie rokowanie zależne od utkania histologicznego guza ulega pogorszeniu w następującym porządku: carcinoma scirrhosum (śmiertelność 57%), adenocarcinoma (67%), carcin. simplex (68%) i carcin. medullare (100%).

W przypadkach współczesnego zwyrodnienia rakowego gruczołów pachowych, stwierdzonego histologicznie, rokowanie niepomyślne bywa w 80%; przy niestwierdzeniu histologicznem zmian rakowych w gruczołach pachowych — tylko 41%. Wogóle przerzuty do gruczołów pachowych autor stwierdził mikroskopowo w 65% wszystkich swoich przypadków raka piersi.

Ponieważ nawet stwierdzony miskropowo brak przerzutów pachowych nie daje żadnych gwarancji co do stanu gruczołów nadobojczykowych, gdyż niektóre z nich (grupa przyśrodkowa, umiejscowiona w kącie między żyłą szyjową i podobojczykową) otrzymują chłonkę bezpośrednio z gruczołu piersiowego, autor zaleca usuwanie tych gruczołów w każdym przypadku raka gruczołu piersiowego.

Zapalenie żyły w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Astériadès. *Lyon Chir XXIV. Nr. 6. listopad—grudzień 1927.*

Powikłanie to występuje w 1% wszystkich przypadków zapalenia wyrostka, operowanych i nie operowanych; nierzadkie umiejscowienie w lewej dolnej kończynie tłumaczy się swoistym przebiegiem żyły biodrowej zewnętrznej, który powoduje zwolnienie krążenia żylnego na tym odcinku; zapalenie żyły dochodzi do skutku na drodze przerzutu bakteryjnego. Czynnikiem uspasabiającym jest skaza dnawa i gruźlica, chociażby ukryta i nieczynna. Powikłanie to wystąpić może nieraz dopiero w 3 tygodnie od dnia operacji; przebieg ma zwykle dobrotliwy, wystarcza unieruchomienie kończyny na przeciąg 3—4 tygodni.

Niebezpieczeństwo stosowania leczniczego promieni X we włókniakach macicy. Villard. *Lyon Chir. XXIV — Nr. 6, listopad—grudzień 1927.*

Rozpoznanie kliniczne włókniaków macicy bywa często niepewne; nieraz trudno jest je odróżnić od torbieli jajnika, naświetlanie promieniami X w tych przypadkach jest naturalnie nie bez szkody dla chorych, zwłaszcza o ile jest przytem nierozpoznane zapalenie jajowodów. Leczenie operacyjne ma tu tę zaletę, że pozwala na ustalenie w czasie operacji rozpoznania i na ewentualną modyfikację dalszego postępowania.

Poza tem naświetlanie promieniami X powoduje znaczne zaburzenia odżywcze w powłokach i wewnątrz jamy brzusznej — zwłaszcza ze strony sieci dużej, która ulega nieraz zupełnemu zbliznowaceniu i skurczeniu, i bardzo sprzyja powstaniu rozległych i silnych zrostów otrzewnowych dokoła ogniska chorobowego, co z jednej strony może spowodować wystąpienie mniej lub więcej ostrej niedrożności jelitowej, z drugiej zaś — niesłychanie utrudnia w przyszłości zabieg operacyjny, o ile taki stanie się kiedyś konieczny.

Wreszcie nie bez słuszności, zdaje się, przypisuje się promieniom X wpływ na guzy nowotworowe w kierunku ich zwyrodnienia złośliwego.

W przeciwieństwie do tego działającego na ślepo, pośrednio i nie ujętego w określone karby wpływu promieni rentgenowskich, zupełnie ścisłe wskazania znajduje stosowanie promieni radowych na wnętrze macicy — w przypadkach małych guzów, dających krwawienia u osobników w okresie przekwitania.

Skrócenie okresu gojenia złamań kostnych przez podawanie chorym wapnia i krzemionki. Ebrard i Léo. *Bull. et Méd. de la Soc. des Chir. XIX — Nr. 16 grudzień 1927.*

Przed 3 laty *Crétin* zwrócił uwagę na wpływ na gojenie się złamań krzemionki, która gra tutaj rolę katalizatora, przyśpieszającego przechodzenie w ognisku złamania wapnia z postaci rozpuszczalnej w nierozpuszczalną i jego odkładanie się w bliznie kostnej, co skraca znacznie okres jej konsolidacji. Do wyników powyższych autor ten doszedł drogą badań histochemicznych.

Opierając się na powyższych danych teoretycznych, *Ebrard* w szeregu przypadków złamań kości kończyn podawał chorym doustnie od piątego do piętnastego dnia od chwili złamania sześć razy dziennie krzemionkę i wapno (0,3 g. na dawkę); udało mu się na tej drodze skrócić okres gojenia się do połowy, a nawet do jednej trzeciej zwykłego przeciągu czasu, przyczem złamanie uważał za zagojone z tą chwilą, kiedy chory mógł wykonywać ruchy czynne kończyną chorą, nie odczuwał żadnych bólów samoistnych w miejscu złamania i miejsce to było zupełnie niewrażliwe na ucisk. Od tej chwili zaczynał stosować miesienie i gimnastykę leczniczą. W przypadku złamań dolnych kończyn chodzić pozwalał dopiero w 7 — 10 dni od chwila zagojenia się złamania, aby nie narażać młodej blizny kostnej na ewentualny uraz i wtórne obrażenie.

Żadnego ubocznego działania podawanego wapnia i krzemionki na śluzówkę przewodu pokarmowego nie zauważono; również nie spostrzegano ani bólów w okolicy złamania w okresie gojenia się, ani powstawania nadmiernej blizny kostnej.

Autor przytacza opis 12 przypadków, w których podawał wapno i krzemionkę; w 2 przypadkach nie otrzymał wcale zrostu (otwarte złamanie ramienia i złamanie obu kości podudzia w środkowej trzeciej części), okres gojenia się złamania kości udowej naprzykład udało mu się skrócić w niektórych przypadkach do 15 — 20 dni.

Nowe poglądy na patogenezę krwotocznego zapalenia trzustki. Morhart. *La Presse Méd. Nr. 4, styczeń 1928.*

Schorzenie to, jakkolwiek nagół tak rzadkie, ciągle absorbuje uwagę świata lekarskiego dzięki swojej tajemniczości i pełnym szczegółów zupełnie ciemnych — mechanizmowi powstania i przebiegowi klinicznemu.

Z dawniejszych poglądów na patogenezę tego cierpienia wymienić należy teorję zakaźną, tłumaczącą powstanie zapalenia krwotocznego zakażeniem trzustki drobnoustrojami z przewodu pokarmowego, i teorję, która główną tutaj rolę przypisuje przedostawaniu się do trzustki żółci przy zatkaniu kamieniem ujścia wspólnego na brodawce Vatera lub przy skurczu zwieracza *Oddiego*, która to żółć, aktywując sok trzustkowy, powoduje samostrawienie trzustki i jej obumarcie. Później zaczęto tłumaczyć te zjawiska powstawaniem zakrzepów w żyle wrotnej i żyle śledzionowej z następczym zawałem krwotocznym trzustki i przedostaniem się ze krwi do jej miąższu zaczynów, aktywujących sok trzustkowy.

Wszystkie te teorje pozostawiają wiele spraw niewyjaśnionych i dlatego mają wielu przeciwników.

W najnowszych czasach zaczęto patrzeć na zapalenie krwotoczne trzustki jako na czynnik zaburzenia równowagi układu roślinnego pod wpływem działania jaków, wzmagających napięcie nerwu błędnego; należą do nich takie substancje do pewnego stopnia fizjologiczne jak histamina i insulina, znajdujące się w dużych ilościach w ustroju w okresie po spożyciu posiłku (trzustka bywa wówczas w pełni swej czynności). U osobników wagotonicznych, a więc do pewnego stopnia konstytucjonalnie obciążonych, pod wpływem zadziałania powyższych jadów występuje wstrząs wagotoniczny ze spadkiem ciśnienia w naczyniach obwodowych i znacznem przekrwieniem narządów jamy brzusznej, t. zw. „skrwawienie się do brzucha"; w następstwie przekrwienia powstają wylewy krwawe, przechodzenie do miąższu trzustki zaczynów, aktywujących jej sok i wreszcie jej samostrawienie i obumarcie. Poza tem istnieje cały szereg innych czynników, wpływających tonizująco na nerw błędny, jak operacja na trzustce, gwałtowny uraz brzucha, zatrucie nikotyną, które mogą się przyczynić do wybuchu objawów tego schorzenia.

Z powyższych rozważań teoretycznych nasuwają się pewne wskazówki lecznicze, a mianowicie— poza leczeniem operacyjnem, o dużej zresztą śmiertelności (od 33% do 85%) i co do skuteczności którego istnieją liczne zastrzeżenia — w przypadkach krwotocznego zapalenia trzustki podawać należy chorym atropinę jako środek porażający nerw błędny i adrenalinę jako środek zwężający naczynia i przeciwdziałający gwałtownemu przekrwieniu narządów jamy brzusznej.

Pierwsza pomoc w przypadkach złamań kości kończyn. Desfosses. *La Presse Méd. Nr. 4, styczeń 1928.*

Pierwszy opatrunek w przypadku złamania ma niesłychanie ważne znaczenie dla przyszłych losów kończyny złamanej. W pierwszej chwili po wypadku, dopóki jeszcze nie nastąpiło odruchowe przykurczenie mięśni w okolicy ogniska złamania, odłamy dają się ustawić łatwo i bardzo dokładnie. Zwykle jednak, niestety, materjał użyty do opatrunku — deszczułki drewniane, tekturowe, pręty— nie zabezpiecza bynajmniej dokładnego unieruchomienia odłamów, ulegają one w czasie transportu chorego przemieszczeniu względem siebie, złamania proste stają się powikłanemi, powstają krwiaki, a wywołany przez to przykurcz mięśni ustala i potęguje to przemieszczenie, które później trudno jest wyrównać nieraz nawet w uśpieniu.

I dlatego autor gorąco poleca używanie w tym celu szyn Thomasa, które są przyrządem bardzo prostym, lekkim i pozwalającym na zupełnie dokładne unieruchomienie odłamów w czasie transportu chorego.

Rzeżączkowe zapalenie stawu biodrowego. Langeron i Delcour. *Presse Méd. Nr. 6, styczeń 1928.*

Rozróżnia się tu następujące postacie anatomopatologiczne: 1) zwykłe zapalenie maziówki stawu biodrowego; 2) zapalenie maziówki połączone z większym wysiękiem w stawie — przyczem płyn ten może mieć charakter surowiczy, ropny, lub — jak to bywa najczęściej — surowiczoropny; 3) przejściowa postać chrzęstnomaziówkowa; 4) postać kostna, w której panewka i głowa kości udowej biorą żywy udział w procesie zapalnym, powstają rozległe odwapnienia i ubytki kostne, a spłaszczona zwykle w tych razach głowa kości udowej wskutek zniszczenia brzegu panewki ulega zwichnięciu ku górze; i wreszcie 5) przewlekła postać zapalenia stawu biodrowego, cechująca się obecnością obok zmian wrzodziejących w kościach — zmianami wytwórczemi, spotykanemi w gośćcu stawowym zniepodabniającym.

Zejściem schorzenia bywa: powrót do stanu prawidłowego, albo mniej lub więcej zupełne zesztywnienie stawu, przyczem postacie lżejsze mogą już następowo przechodzić w cięższe, dające rokowanie znacznie gorsze.

Z objawów klinicznych, jak nasilenie bólów, stopień gorączki, wiek chorego, obecność wysięku w stawie i mniej lub więcej nasilony stan zapalny tkanek przystawowych, o ciężkości zmian anatomopatologicznych bynajmiej wnosić nie można; rozstrzyga tu jedynie wynik prześwietlania stawu promieniami X. A wyświetlenie tej sprawy jest niesłychanie ważne dla zastosowania właściwego leczenia, gdyż o ile w postaciach czysto maziówkowych można się ograniczyć do stosowania szczepionek swoistych i zwłaszcza autohemoterapji, to w postaciach kostnych należy poza tem jak najszybciej zastosować wyciąg z unieruchomieniem kończyny we właściwem ustawieniu; ma to wpływ ogromny na ostateczny wynik czynnościowy leczenia.

Na zakończenie autor podaje następujące wskazówki praktyczne odnośnie do powyższego schorzenia: 1) w każdym przypadku ostrego lub podostrego zapalenia stawu biodrowego należy wyłączyć tło rzeżączkowe (badanie wydzieliny z dróg moczowopłciowych, badanie krwi i wysięku stawowego; 2) w przebiegu rzeżączkowego zapalenia stawu należy strzec się ciągle następujących powikłań: zwichnięcia główki — zastosować wcześnie stały wyciąg! — i zesztywnienia stawu — zacząć uruchamiać staw od pierwszej chwili ustąpienia objawów ostrych.

Nowy sposób artrodezy stawu goleniowo-napiętkowego. Brzozowski. *Revue d'Orthopédie. XV — Nr. 1, styczeń 1928*

Znamy dotychczas koło 20 sposobów artrodezy goleniowonapiętkowej, z których żaden jednak nie zabezpiecza unieruchomienia tego stawu w sposób pewny i ostateczny; najlepsze jednak wyniki dają metody osteoplastyczne — bądźto to wewnątrzstawowe (gwóźdź kostny), bądź przystawowe (rodzaj mostków kostnych, łączących końce stawowe).

Sposób, proponowany przez autora, polega na zastosowaniu dwu przeszczepów kostnookostnowych, przedniego — między kością goleniową i kośćmi stępu, i tylnego — między kością goleniową i piętową. Cięcie skóry przednie na przebiegu dolnej czwartej części kości goleniowej, schodzące na grzbiet stopy. Przecięcie okostnej kości goleniowej napiętkowej i kości stępu wzdłuż linji cięcia i jej odwarstwienie na szerokość $1^1/_2$ cm; wydłutowanie rynienki szerokości $1^1/_2$ cm, w tejże linji. Cięcie skóry tylne na zewnętrznej stronie ścięgna Achillesa, wydłutowanie 2 rynienek głębokości 1 cm na kości goleniowej i piętowej. Wycięcie w linji pachowej kawałka VIII żebra z okostną, długości

8—10 cm, który następnie umieszcza się w rynience na przedniej powierzchni kości goleniowej i kościach stępu tak, aby swą powierzchnią wklęsłą był zwrócony do przodu i aby dolnym końcem dotykał stawu *Choparta;* ponad przeszczepem przeciętą i odwarstwioną okostnę zeszywa się szwem strunowym. Przeszczep tylny otrzymuje się z kości goleniowej po stronie przeciwnej (zdrowej), długości 5 cm i szerokości 1 cm, i umieszcza się w rynienkach na tylnej powierzch. kości goleniowej i kości piętowej. Rany zaszywa się doszczętnie. Opatrunek gipsowy— stopa zgięta mniej więcej pod kątem prostym — na przeciąg 6 do 8 tygodni.

Autor operował tym sposobem parokrotnie z wynikiem pomyślnym.

Leczenie złamań szczęk ze szczególnem uwzględnieniem wyników ostatecznych. C. Cavina. *La Revue de Stomatol. XXIX — Nr. 11, Listopad 1928.*

Duże znaczenie ma tutaj uwzględnienie następujących czynników: 1) wynik prześwietlania promieniami X, gdyż tylko na tej drodze można ustalić umiejscowienie, kierunek i przebieg linji złamania, ilość i wzajemny stosunek wolnych odłamów, obecność ciał obcych i stan zębów w pobliżu ogniska złamania, co jest ważne dla wyboru odpowiedniej metody leczniczej i dla rokowania; 2) uwzględnienie czynników fizykalnostatycznych — gdyż złamanie szczęk, a zwłaszcza dolnej, narusza równowagę statycznodynamiczną otaczających części miękkich, co z kolei może sprowadzić zaburzenie w jej czynności; 3) strzec należy pilnie ogniska złamania przed zakażeniem, ewentualnie zwalczać je wszelkimi możliwymi środkami, pamiętając o tem, że zakażenie naogół wyłącza zrost odłamów, 4) wreszcie ogromną rolę grają tu względy ortopedyczne — nawet dobry zrost odłamów żuchwy z niewielkim przemieszczeniem, o ile sprowadzi zaburzenia zgryzu zębów, może zredukować do minimum jej wartość czynnościową. W związku z powyższem autor kreśli następujący plan postępowania w złamaniach szczęki.

I. Przedewszystkiem — walka z zakażeniem: a więc usunięcie wszystkich zębów, których korzenie dochodzą do ogniska złamania, i sączkowanie zębodołów, następnie toaleta rany z ewentualnem częściowem zeszyciem śluzówki i skóry.

II. Po tem dopiero myśleć można o zestawieniu i ustaleniu odłamów, dotyczy to naturalnie tylko żuchwy, gdyż w złamaniach szczęki górnej nie zachodzi tego potrzeba; zestawienie może być wykonane doraźnie — w złamaniach świeżych, prostych o niewielkim przemieszczeniu, lub tam gdzie odłamy są zupełnie ruchome, i w sposób stopniowy, powolny — zapomocą wyciągu, w celu zwalczania przykurczeń mięśniowych i bliznowych, przy użyciu różnych przyrządów, działających elastycznie. Co do ustalenia odłamów — to najlepszą i najprostszą metodą będzie tak zwana „blokada szczęk" to jest zamknięcie szczęk zupełne i unieruchomienie ich w tej pozycji na przeciąg czasu, konieczny do powstania zrostu, po poprzedniem nałożeniu na uszkodzony łuk zębodołowy szyny metalowej okienkowatej, przymocowanych do poszczególnych zębów cementem; umożliwia to zachowanie przez ten cały czas prawidłowego zgryzu. Szczęka górna gra tutaj rolę najlepszej, fizjologicznej szyny, dla żuchwy. Operacyjnego ustalenia odłamów unikać należy ze względu na łatwość zakażenia pola operacyjnego.

III. Zabiegi wytwórcze: plastyka skórno-śluzówkowa — jeśli chodzi o szczękę górną i plastyak kostna — w przypadkach dużych ubytków na przebiegu żuchwy (po uprzedniem całkowitem zabliźnieniu się rany) lub w przypadkach stawów rzekomych; używa się tu przeszczepów kostnych wolnych lub płatów mięśniowo-okostnowo-kostnych uszypułowanych.

IV. Wreszcie przychodzi kolej na leczenie ortopedyczne (protezy), które uzupełnia leczenie chirurgiczne.

Wogóle lecząc złamanie szczęki należy mieć na uwadze wynik anatomiczny (dobry zrost dobrze zestawionych odłamów, umożliwiający zgryz prawidłowy), czynnościowy (stan stawów żuchwy, mięśni otaczających, warunki prawidłowe dla oddychania, fonacji, żucia) i wreszcie estetyczny, będący zresztą w ścisłej zależności od obu poprzednich.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Wytworzenie doświadczalne endometriomy. Michon L. *Gynec, t. et Obstétr. T.* XVI. *Nr. 5.*

Autor przeszczepiał kawałeczki śluzówki macicy królicy do środka jej jajnika, aby przekonać się, czy możliwe jest in vivo przeszczepienie śluzówki macicy na jajnik, jak tego chce *Sampson.* Jajnik wyjmowano po 7, 14, 33 i 40 dniach i w 4-ch przypadkach uzyskał dobre przeszczepy. Mikroskopowo stwierdzić można, że elementy nabłonkowe rozrosły się w głębi jajnika w kształcie tworów rurkowatych i pęcherzykowych, otoczonych nowowytworzonemi pęczkami włókien mięśni gładkich. Obraz wyżej opisany łudząco przypomina endometrioma opisywane przez innych autorów.

Na zasadzie swych doświadczeń autor przypuszcza, że

1) popierają one teorję *Sampsona*

2) rzucają one pewne światło na pochodzenie niektórych torbieli smołowych, jak również wytwórczych zapaleń otrzewnej w sąsiedztwie brzusznego końca trąbki, zapaleń, — w których patogenezie nie możemy wynaleźć czynnika zakaźnego.

Krwawienia do jamy brzusznej pochodzenia jajnikowego. Roth Hugo. *Gynecol. et Obstetrique T.* XVI. *Nr. 6.*

Artykuł nie nadaje się do dokładnego referowania.

Autor przytoczywszy dwa obserwowane przez się przypadki krwotoków do jamy brzusznej pochodzenia jajnikowego, zastanawia się nad przyczynami, objawami i rozpoznaniem tego schorzenia. Powtarza obszernie znaną literaturę z omawianej dziedziny i od siebie zwraca uwagę na wpływ zmian w ciśnieniu wewnątrzotrzewnowym, jako na czynnik wywołujący i potęgujący krwawienie; oczywista głównie chodzi mu o działanie ciśnienia ujemnego wewnątrz jamy brzusznej.

Ponadto autor potwierdza powszechnie znany pogląd o działaniu hemostatycznym ciałka żółtego jajnika.

Leczenie operacyjne wypadnięcia macicy według metody Schauta-Wertheim'a i operacje dopełniające podane przez Kielland'a. Muller G. *Gynec. et Obstétr. I* — XVI *Nr. 5.*

Opierając się na swem doświadczeniu uzyskanem w ciągu 15 lat (200 przeszło razy wykonana *interpositio uteri vesico — vaginalis* z dwoma przypadkami zakończonemi śmiertelnie) autor zaleca tę operację, jako najlepszą metodę leczenia operacyjnego wypadnięć macicy. Opisując dokładnie technikę omawianego zabiegu, autor podkreśla niektóre szczegóły, których wartość ocenił na zasadzie doświadczenia. A więc, jeżeli macica jest zbyt duża i nie mieści się swobodnie w przeznaczonej dla niej przestrzeni pomiędzy pęcherzem i pochwą, należy trzon macicy pomniejszyć wycięciem zeń klina (po podwiązaniu przydatków), obejmującego nawet aż $^1/_3$ długości macicy. W myśl rady *Abadie* autor wyosabnia i przyszywa górne partje mięśnia dźwigacza odbytnicy do rogów macicy (Abadie przyszywał te mięśnie do więzadeł obłych).

Przestrzeń pomiędzy tylną ścianą macicy i pęcherzem autor setonuje paskiem gazy vioformowej. Podobnież podczas tylnej plastyki krocza autor setonuje takąż gazą przestrzeń znajdującą się poza mięśniami dźwigaczami odbytu.

Po skończonym zabiegu tamponuje on mocno pochwę gazą vioformową. Przebieg pooperacyjny ma następujące punkty zasadnicze: wyjąć należy tampon z pochwy po 24 godz., górny tampon z okolicy tkanki okołopęcherzowej — na drugi dzień, dolny z *cavum ischio — rectale* — na trzeci dzień. Przez 7 dni dozwolone są tylko pokarmy płynne, na 8-my dzień chora dostaje na przeczyszczenie. Poczynając od 9-go dnia po zabiegu — co drugi dzień płukanie pęcherza roztworem kwasu bornego, i $AgNo_3$ $^1/_2$‰. Wstać wolno na 15-ty dzień po zabiegu.

Jedną z głównych przyczyn nawrotów, jakie mogą się zdarzyć po operacji *Schauta-Wertheima*, jest ustawienie szyji, tworzącej z osią trzonu macicy kąt ostry otwarty ku przodowi; oś szyji, zwłaszcza gdy jest ona zbyt długa, zbliżyć się może niekiedy w swym kierunku do osi miednicy małej i przy parciu ze strony tłoczni brzusznej, właśnie szyja może być ciałem posuwającem się ku dołowi, dążącym do wypadania nazewnątrz. Aby przeciwdziałać temu polecano amputować część pochwową w każdym z operowanych przypadków.

Chr. Kielland podał przed kilku laty swoją odmianę operacji *Schauta-Wertheim'a*, polegającą na wyłuszczeniu szyji macicy z otaczających ją tkanek, a to w celu zniesienia kąta pomiędzy osiami trzonu i szyji, czyli w celu wyprostowaniu macicy. Tak wyprostowana macica leży równolegle do przedniej ściany pochwy, dnem ku przodowi i dołowi, zwęża pochwę równomiernie na całej przestrzeni i stanowi znakomitą podporę dla znajdującego się nad nią pęcherza. Opis operacji *Schauta-Wertheim-Kielland* przytacza autor w dosłownem tłomaczeniu z oryginału *Kielland'a*, dorzucając ze swej strony dwie uwagi:

1) przy macicach dużych, należy pomimo wyłuszczenia szyji z jej otoczenia, zmniejszyć trzon, gdyż inaczej powstaje wyniosłość ponad zeszytą macicą;

2) należy zawsze wyszukać i zeszyć mięśnie dźwigacza odbytu podczas plastyki krocza, któráto operacja winna zawsze towarzyszyć omawianemu zabiegowi: *interpositio uteri vesico — vaginalis.*

W sprawie patogenezy i przyczyn ciężkości zapalenia przydatków u kobiet w późniejszym wieku. L. Tixier. *Gynecol. et Obstetrique T. XVI. Nr. 5.*

Autor przypomina swoje wcześniejsze prace w omawianej sprawie, w których doszedł do następujących wniosków: 1) Objawy kliniczne zapalenia przydatków u kobiet w wieku około 40 l. stają się szczególnie ciężkie; 2) dotyczy to tak tych przypadków, w których uprzednio miały miejsce liczne schorzenia wewnętrznych narządów płciowych, jak tych, w których przeszłość ginekologiczna była, jak się zdaje, wolna od wspomnianych schorzeń. 3) Zapalenie przydatków starszych kobiet poddaje się leczeniu zachowawczemu tylko wyjątkowo; rokowanie jest poważne, nawet co do życia pacjentki. 4) Operacja powinna polegać na całkowitem usunięciu macicy wraz z przydatkami.

W okresie czasu od 1919 — 1926 r. włącznie autor obserwował 97 przypadków zapalenia przydatków leczonych operacyjnie. (Zejście śmiertelne nastąpiło w 3 przypadkach). Z wymienionej liczby 97—47 odnosiło się do kobiet w wieku pomiędzy 35—45 latami. Wszystkie chore próbowano pierwotnie leczyć nie operacyjnie; do zabiegu zmuszały nawroty pelveoperitonitis lub ostre objawy zakażenia. Stan chorych ogólny naogół był dobry, odporność otrzewnej powinna by raczej z latami wzrastać pod wpływem powtarzających się zadrażnień zapalnych. Bliższe jednak badania bakterjologiczne i anatomo-patologiczne doprowadziły autora do następujących wniosków, wyjaśniających omawiane zagadnienie.

1) W znacznej liczbie przypadków badanie bakterjologiczne wykazuje obecność jadowitych drobnoustroji jak to: prątek okrężnicy, beztlenowce, perfringens, ect.

2) W więcej niż połowie przypadków stwierdza się schorzenia macicy nie poddające się leczeniu zachowawczemu, a wywierające wybitnie pogarszający wpływ na schorzenie jajowodów, są niemi: adenomyoma umiejscowione najczęściej w części śródmiąższowej jajowodu, fibro-adenoma, dalej mięśniaki podśluzowe zamykające ujście maciczne trąbek, lub znajdujące się w cieśni jajowodu i przez to wytwarzające ze schorzałej trąbki przestrzeń ściśle zamkniętą.

3) W związku z wymienionemi sprawami chorobowemi należy podczas operacji nie ograniczać się do usunięcia przydatków, lecz wycinać cały narząd rodny wewnętrzny.

O znaczeniu badania rentgenowskiego po wstrzyknięciu lipiodolu dla rozpoznania krwawień macicznych. C. Proust, Béclére. *Gynéc. et Obstetr. T. XVI. Nr. 5.*

Badanie rentgenowskie po wprowadzeniu płynu kontrastowego wykazuje obecność i umiejscowienie w macicy mas nowotworowych lub polipów, czy jakiegokolwiek ciała obcego w najszerszym tego

słowa znaczeniu. Przy podejrzeniu na raka trzonu pozwala ten sposób badania na wydobycie łyżeczką właśnie miejsca podejrzanego: operujemy przy skrobance wówczas nie na ślepo, lecz według z góry powziętego planu.

Ponadto obserwacja kurczliwości macicy pozwala na wyciągnięcie pewnych ważnych wniosków, mianowicie: macica prawidłowa posiada pewną swoistą kurczliwość, macica o ścianach schorzałych — ma kurczliwość zmniejszoną, natomiast stan ścian prawidłowy, połączony z obecnością ciała obcego wewnątrz jamy macicy powoduje jej nadmierną kurczliwość. Ten ostatni zespół widzieć można przy resztkach po poronieniu lub wobec obecności włókniaków podśluzowych.

Wywody swe popierają autorowie paroma przytoczonymi przypadkami. *Siredey'* w dyskusji zaznaczył, że istnieje pewna postać krwawień macicznych, podczas których hysterografja po wprowadzeniu lipiodolu nie wydaje się wskazaną. Jest nią krwawienie w początkach ciąży, które często przez lekarzy bywa rozpoznawane, jako skutek resztek po poronieniu. Wprowadzenie lipiodolu w tych przypadkach wywołać by mogło poronienie.

W sprawie roli podrażnienia chemicznego w pyelonephritis gravidarum, wywołanego przez składniki krystaliczne. Le Lorier, Fisch. *Bulletin de le Société d'Obstetrique et de Gynec. Nr. 9. 1927.*

Na zasadzie badań klinicznych, cytologicznych i bakterjologicznych moczu w 5400 przypadkach autorowie dochodzą do następujących wniosków: Więcej jak połowa kobiet ciężarnych wykazuje większe lub mniejsze zaburzenia w działalności narządu moczowego. Zaburzenia te przedstawiają się w kolejności swej wzrastającej ciężkości, jak następuje: 1) stadjum podrażnienia: stwierdza się wówczas nabłonki, kryształki i krwinki, 2) stadjum zapalenia: elementy wyżej wymienione i rzadkie leukocyty; 3) stadjum zakażenia, gdzie widzimy nabłonki, krwinki, kryształy, leukocyty i bakterje.

Oczywista jedno stadjum może w miarę rozwoju przechodzić w drugie. Odnośnie jednak do dwu pierwszych okresów, to zaznaczyć należy, że często przy jednorazowym badaniu moczu nie stwierdzamy zmian, natomiast pacjentki skarżą się na podmiotowe, niekiedy nawet żywe dolegliwości ze strony narządu moczowego (na kłucia w okolicy nerek, pieczenia lub ból nawet podczas oddawania moczu i t. d.). Odwrotnie niekiedy mocz bywa mętny, wzbudzający obawy badającego, jednak mikroskop wykazuje tylko znaczną ilość kryształów — fosforanów, moczanów, szczawianów, — niekiedy nieco leukocytów. W pierwszej chwili przypuszczaćby można, że ma tu miejsce poważne schorzenie nerek lub miedniczki nerkowej — jednakowoż szybkie przeminięcie wspomnianych objawów wykazuje, że ich przyczyną było tylko nagłe wydalenie większej ilości kryształów.

Badając głębiej mechanizm powstawania opisywanych objawów autorowie zwracają uwagę na dwa przez się spostrzeżone fakty:

1) podstawowa przemiana materji wzrasta u ciężarnych najbardziej w 3 lub 4 mies., a potem około 7-go mies. ciąży; w tych samych okresach stwierdza się najczęściej wzmożone wydalanie z moczem składników krystalicznych.

2) prątek okrężnicy wzrastając, w środowisku bogatem w substancje azotowe (białko), wywołuje powstawanie kwasu szczawiowego, w postaci krystalicznej szczawianów wapnia najczęściej.

Łącząc obydwa przytoczone spostrzeżenia przypuścić można, że w czasie zastoju treści kiszkowej, tak częstego w ciąży, wytwarzają się w obecności wzmożonej ilości ciał białkowych (powiększona podstawowa przemiana materji), pod wpływem bact. coli większe ilości szczawianów rozpuszczalnych; te zaś przechodząc do moczu i wypadając w postaci kryształków drażnią drogi wyprowadzające i powodują wyżej opisane zmiany.

Leczniczo stosują autorowie szczepionkę przeciw prątkowi okrężnicy według *Fisch'a*, z dobrym skutkiem.

Czynność moczowodu u kobiet ciężarnych, badana zapomocą uretero-pyelografji seryjnej. Vaudescal R., Beaufond F. H. i Porcher P. *Gynecol. et Obstetr. I. XVI Nr. 3. (zjazdowy).*

Na zasadzie seryjnych badań zapomocą uretero-pyelografji wykonanych w 60 przypadkach, autorowie stwierdzili upośledzenie funkcji moczowodu nerki u ciężarnych i to upośledzenie czucia w 6J% przypadków — napięcia i ruchliwości 65%. Dla nerki prawej badanej samodzielnie liczby odnośne wypadły wyżej od przytoczonych średnich — a mianowicie: upośledzenie czucia w 72%, napięcia i ruchliwości w 78%. Omawiane zaburzenia osiągają najwyższe swe napięcie w ostatnich miesiącach ciąży; różnic pomiędzy pierwiastkami i wieloródkami nie stwierdza się.

Zastanawiając się nad przyczynami znaczniejszego upośledzenia nerki prawej od lewej w czasie ciąży, autorowie przypominają swoje spostrzeżenia dawniejsze, stwierdzające istnienie ruchu antyperistaltycznego moczowodu, wyzwolonego przez podrażnienie części przypęcherzowej. Być może, że te właśnie ruchy antyperistaltyczne są przyczyną spostrzeganych przez *Le Lorier, Fisch i Margotte* zmian w moczu ciężarnych, a polegających na występowaniu komórek, krwinek, kryształków, odpowiadających okresowi podrażnienia, który poprzedza okres zapalenia, a ten wreszcie okres zakażenia, czyli *pyelitis*.

Wartość chlorku sodu w leczeniu i zapobieganiu zatrucia w przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego. Gosset A., Binet L., Petit — Dutaillis. *La Presse Medicale. Nr. 2 1928*

Autorowie wychodzą z założenia, że przyczyną niepomyślnych wyników w przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego (około 50% śmiertelności chorych operowanych z tego powodu) jest między innemi zatrucie organizmu przez toksyny, wytwarzające się w jelitach i w ich ścianach z powodu pooperacyjnego porażenia jelit. Przypuszczenie swe opierają autorowie tak na obserwacji klinicznej, jak na licznych pracach doświadczalnych przedewszystkiem autorów amerykańskich (*Hartwell i Hoguet, Mac Cann, Whipple, Mac Calum, Hastings, Murray, Hadden i Orr*), jak również na osobistych badaniach nad psami (*Leon Binet i Rene Fabre*). Badania te wykazały, że przy occlusio intestinorum

występują następujące charakterystyczne zmiany w składzie krwi: wzrasta ilość mocznika i azotu resztkowego (niekiedy sześciokrotnie), wzrasta rezerwa alkaliczna krwi i równolegle spada w niej zawartość chlorków. Opisane wyżej zmiany występują tem wyraźniej, im wyżej jest umiejscowiona niedrożność. To ostatnie spostrzeżenie łączy się prawdopodobnie z badaniami *H. Roger*, który uważa dwunastnicę za główne miejsce wytwarzania się toksyn (chemicznie uważane są one przez jednych, jako proteozy, przez innych — jako histaminy).

Nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie do organizmu dużej ilości wody pomaga mu wydatnie w zwalczaniu toksyn; wiadomo przecie, że w doświadczalnej niedrożności u psa występuje zagęszczenie krwi. Lecz nie należy zapominać, że wprowadzenie wody odbywało się przecie za pomocy wlewań rozczynu fizjologicznego, przyczem do organizmu dostawała się znaczna ilość chlorku sodu.

Badania nowsze wykazały, że spadek chlorków we krwi jest charakterystycznym zjawiskiem dla niedrożności jelit i występuje jeszcze przed zmianami w zawartości mocznika. Badania *Hadden R. L. i Th. Orr'a* wykazały, że wprowadzenie dożylnie dużych ilości NaCl w roztworach hypertonicznych, niezależnie od ilości wody nietylko zwalcza kliniczne objawy zatrucia, ale jednocześnie powoduje spadek rezerwy alkalicznej krwi, jak również mocznika i resztkowego azotu. Wprowadzenie innych soli tego wyniku nie daje. Stosowanie zaś rozczynów glukozy nie tylko nie pomaga, ale może okazać się szkodliwe, gdyż przy occlusio intestinorum wzrasta zawartość cukru we krwi tak wolnego, jak związanego.

Naskutek wyżej przedstawionych przesłanek teoretycznych zastosowali autorzy dożylnie rozczyn hypertoniczny chlorku sodu u ludzi. Dla przykładu przytaczają oni dwa przypadki, z których szczególnie pierwszy jest bardzo przekonywujący. Po operacji z powodu skrętu jelit wystąpiły po 36 godz. objawy ciężkiego zatrucia, stan wydawał się beznadziejny. Wlewanie 10% rozczynu chlorku sodu dożylnie dawało poprawę wprost zdumiewającą, zaprzestanie tego leczenia wywołało wyraźne pogorszenie. Ostatecznie przypadek skończył się pomyślnie.

Praktycznie radzą autorowie stosować dawkę 20 gr. NaCl w pierwszej dobie po operacji i to w postaci 1 litra rozczynu fizjologicznego podskórnie i 100 cm³ 20% rozczynu NaCl dożylnie w 5 dawkach po 20 cm³. Badać przytem należy ilościowo azot resztkowy i chlorki we krwi. Wskazaniem do stosowania tego leczenia są zdaniem autora wszelkie stany zatrucia wywołane przeszkodą w przewodzie pokarmowym, umiejscowioną, aż do jelita biodrowego włącznie. Niedrożność w zakresie kiszki grubej wymaga jeszcze obserwacji. Ograniczeniem do stosowania hypertonicznych rozczynów NaCl może być tylko stan nerek, lecz i tu ścisła obserwacja i badanie krwi na zawartość chlorków usunie całkowicie niebezpieczeństwo.

Badanie trąbek po injekcji do macicy lipjodolu; następowe ciąże. M-me Francillon — Lobre, Dalsace. *Bulletin de la Soc. d'Obstetr. et de Gynec. Nr. 1 — 1928.*

Autorowie przytaczają dwa przypadki, w których po hystero-salpingografji pacjentki zaszły w ciążę. W przypadku drugim chora nie zachodziła w ciążę od 8 lat, leczona przez licznych i wybitnych ginekologów. Podczas salpingografji w pewnej chwili nagle opadło ciśnienie na manometrze, jakgdyby płyn przezwyciężył jakąś przeszkodę. Po badaniu wystąpiło nieznaczne podniesienie ciepłoty (38°C.) i lekki ból w dole brzucha. Obecnie pacjentka jest już w VII. mies. ciąży.

W dyskusji *Douay* przytoczył jeszcze jeden przypadek ciąży po hystero-salpingografji D. poleca omawianą metodę badania i zaznacza co do techniki, że obecnie nie używa już więcej manometru, kierując się raczej obserwacją przez ekran podczas wprowadzania płynu.

Badanie zestawione podczas salpingografji daje niekiedy bardzo cenne wskazówki i dopełnia tę znakomitą metodę badania. Przedmuchiwanie uważa P. za metodę o znaczeniu leczniczem, salpingografję za metodę rozpoznawczą.

Położnicze znamiona kiłowe u osobników dziedzicznie obarczonych kiłą. Fruhinsholz A., Abramovitz A. *Gynecol. et. Obstetr. T. XVI. Nr. 6.*

Autorowie przeprowadzili statystykę, co do częstości położniczych skutków kiły u osobników dziedzicznie nią obarczonych w 44 przypadkach.

Materjał swój rozbili autorowie na trzy grupy: I—matka wniosła do stadła cechy dziedzicznej kiły, II—ojciec, III—oboje. W grupie I, najliczniejszej bo 42 przypadki liczącej, uważano rozpoznanie za pewne, w 29 przyp. na zasadzie wywiadów stwierdzających chorobę rodziców; 13 przypadków zaliczono do dziedzicznie kiłowych na zasadzie cech klinicznych. W grupie przypadków pewnych wspomniane 29 kobiet było w ciąży łącznie 65 razy; dzieci żywe i zdolne do życia urodziły się 43 razy, co stanowi 66,9%, z nich tylko 35 dzieci nie wykazało żadnych cech patologicznych. W grupie przypadków „klinicznie“ pewnych stosunki przedstawiały się jak następuje:

13 kobiet było 40 razy w ciąży; dzieci zdolnych do życia 14—czyli 35%. (Inne grupy pomijam z powodu zbyt małych liczb—przyp. ref.).

Autorowie podkreślają wybitnie szkodliwy wpływ kiły na III pokolenia, które wydają się być bardziej dotknięte przez fatalne skutki schorzenia niż pokolenie II.

Gruźlica dziedziczna u noworodka wydobytego zapomocą cięcia cesarskiego, wykonanego w czasie przebywania przez matkę gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Couvelaire, Vallis, Lacomme. *Bulletin de la Soc. d'Obstetr. et de Gynec. Nr. 1—1928.*

Jak widać z tytułu przypadek dotyczył noworodka wydobytego w 8 mies. ciąży zapomocą cięcia cesarskiego z matki chorej na meningitis tuberculosa na 48 godzin przed jej śmiercią. Izolowany natychmiast z natury rzeczy, przeżył dni 19 (ważył 2750 gr., długość 48 cm.). Sekcja wykazała gruźlicę płuc; rozpoznanie potwierdziło badanie mikroskopowe i szczepienie na świnkę morską.

Jak widać z powyższego przypadek potwierdza niezbicie możliwość dziedziczenia gruźlicy.

Przemiany śluzówki macicznej kobiety podczas cyklu miesiączkowego. Gobert M. *Gynecologie et Obstètrique Nr. 6, T. XVI.*

Artykuł zawiera znane powszechnie dane w sprawie, wymienionej w tytule, bardzo starannie opracowane i opatrzone ciekawemi ilustracjami. Do referowania nie nadaje się. *Zawodziński.*

PEDJATRJA.

Leczenie odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci metodami swoistemi. H. Grenet. *V. Congr. des Pédiatres de langue franc.*

Zagadnienie odoskrzelowego zapalenia płuc u małych dzieci stanowi palącą kwestję dla szpitali dziecięcych, zarówno z punktu widzenia epidemjologicznego, jako też leczniczego. Zakażenia bowiem wewnątrz szpitalne stanowią, plagę, nietylko ze względu na rozpiętość epidemji, lecz i ze względu na ogromną śmiertelność, która u dzieci najmłodszych wynosi nie o wiele mniej niż 100%. To też wysiłki ku rozwiązaniu sprawy leczenia tej choroby czynione są ustawicznie, we Francji zaś osiągnięte zostały niedecydujące jeszcze, jednakże bardzo poważne wyniki. Praca niniejsza zajmuje się oceną wszystkich ważniejszych metod leczenia.

Trudności powstają już choćby z tego tytułu, iż odoskrzelowe zapalenie płuc dziecięce nie jest chorobą o jednolitej etjologji, często nawet o etjologji złożonej. Leczenie surowicami miało na uwadze uwzględnienie tych bakterji, które w etjologji odgrywają jedną z ważniejszych ról; stosowano więc surowice przeciw pneumokokom i przeciw paciorkowcom. Surowica przeciwpneumokokowa stosowana była przeważnie jako wieloważna, to jest zwrócona przeciwko pneumokokom typu I i II. Wprowadzano ją dożylnie, domięśniowo, podskórnie, bezpośrednio do ognisk zapalnych przez nakłucie klatki piersiowej, wreszcie rozpylaczem przez drogi oddechowe. Wpływ pewien tej surowicy na przebieg choroby dał się zauważyć, był jednak bardzo nikły. Jeszcze mniejsze powodzenie miała surowica przeciwpaciorkowcowa. Również nie o wiele wyższą wartość posiadała mieszana surowica, zwrócona jednocześnie przeciwko pneumo-strepto i staphylokokom. Należy przytem zaznaczyć, że dawki lecznicze wszystkich tych surowic były dość duże (od 10—40 cm.) powtarzane kilka dni z rzędu, co powodowało częstokroć dość silne objawy choroby posurowiczej. Tych braków nie posiada leczenie zapomocą surowic uzdrowieńców w ilości 100 cm; dawka ta stosowana być winna dwukrotnie. Spostrzeżenia są tu jeszcze nieliczne lecz zachęcające do dalszych prób.

Ponieważ leczenie surowicami częściowo zawiodło, zwrócono się do szczepionek. Przeważnie operuje się nie szczepionkami własnemi lecz sztandartowemi z uwzględnieniem możliwie wszystkich bakterji, grających rolę przyczynową w odoskrzelowem zapaleniu płuc, a więc pneumokoków, paciorkowców, gronkowców, enterokoków, względnie i lasecznika błonicy. Stosowano tu szczepionkę jodowaną *(Ranque i Senez)*, szczepionkę *Bruschettini'ego*, otrzymaną zapomocą częściowego rozpuszczenia bakterji w opłucnej królika; wreszcie duże zastowanie znalazła szczepionka *Duchon'a* który starał się otrzymać endotoksynę zapomocą rozpuszczenia bakterji przez hodowanie ich razem z baccillus pyocyaneus. Zaznaczyć przytem należy, że *Duchon* stosował zazwyczaj swoją szczepionkę razem z surowicą przeciwbłoniczą, gdyż uznaje on, że lasecznik błoniczy często przyłącza się do istniejącego już zapalenia płuc. Dawkowanie szczepionek było różne, rozpoczynano od dawek mniejszych, odpowiadających kilkudziesięciu miljonom bakterji i powoli zwiększano dawkę kilkakrotnie. Wyniki stosowania szczepionek były naogół lepsze, aniżeli surowic. Korzystny wpływ wywierały wszystkie te szczepionki, które uwzględniały możliwie dużą ilość bakterji, a szczególnie skuteczną w działaniu okazała się szczepionka *Duchon'a*, dzięki której śmiertelność obniżyła się o 2/3. Objawów niepożądanych w postaci wstrząsu przy ostrożnem stosowaniu szczepionek nie spostrzegano.

Uważając, iż w przypadkach ciężkich wynik działania szczepionki występuje zbyt późno, a wprowadzone do ustroju bakterje mogą wywrzeć w ustroju silnie zatrutym pewne działanie niekorzystne, *D'Oelsnitz* zaproponował stosowanie uodparniania czynnobiernego dając surowicę jednocześnie ze szczepionką. I tutaj wpływ korzystny występował bardzo wyraźnie obniżając śmiertelność do 1/3 w stosunku do przypadków nieleczonych.

Prace szkoły francuskiej wskazują na potężne dążenie do opanowania bodaj najgorszej plagi wieku dziecięcego. Pozwalają one jaśniej patrzeć w przyszłość bez tego sceptycyzmu, który z konieczności był do niedawna udziałem każdego lekarza pedjatry.

H. B.

KRONIKA.

W najbliższych miesiącach odbędą się w Paryżu następujące kursy dokształcające:

Najnowsze postępy kliniczne i laboratoryjne w chorobach wewnętrznych. Prof. Carnat. Od 19 do 31 marca. 250 franków.

Kurs dokształcający badań fizyko-chemicznych (przemiana materji). Prof. Bezancon. Od 20 do 30 marca.

Kurs radjodjagnostyki. Prof. Sergent. Kwiecień. 250 fr.

Złamania i zwichnięcia. Prof. Delbet. Od 12 do 23 marca. 150 fr.

Chirurgja w przypadkach nagłych. Prof. Lejars. Marzec. 250 fr.

Choroby dzieci. Prof. Nobecourt. Od 2 — 14 kwietnia. 250 fr.

Błonica. Doc. Lereboullet. Marzec.

Kurs dokształcający chorób kobiecych. Prof: Faure. Od 23 kwietnia do 12 maja. 250 fr.

Położnictwo: 1. Prof. Couvelaire. Czas trwania: dwa tygodnie podczas ferji Wielkanocnych. 2. Prof. Brindeau. Ferje Wielkanocne. 150 fr.

Chirurgja dziecięca i ortopedja. Prof. Ombrédanne. Od 2 do 15 kwietnia. 250 fr.

Chirurgja operacyjna (ćwiczenia na trupach). Prof, Cunéo. Marzec, Kwiecień, Maj. (5 poszczególnych kursów, każdy poświęcony jednemu działowi chirurgji. Czas trwania każdego kursu około 2 tygodni. Wpis wynosi po 150 fr. od każdego kursu).

Choroby skórne i weneryczne. Prof. Jeanselme. Kwiecień, maj czerwiec. Kurs obejmuje następujące działy: 1. Choroby skórne, 2. Choroby weneryczne, 3. Lecznictwo. 4. Badania pracowniane. Wpis po 250 fr. za każdy dział.

Choroby oczne. Prof. Terrien. 2 serje wykładów i zajęć po 250 fr. Początek 26 kwietnia.

Schorzenia przewodu pokarmowego i przemiany materji. Prof. Labbé. Marzec. 250 fr.

Schorzenia narządów płciowych męzkich. Dr. Chevassu. Od 12 do 24 marca. 500 fr.

Chirurgja operacyjna (na trupach). Dr. Meillére Leibowici.

1. Chirurgja jamy brzusznej. Od 12 do 24 marca, 350 fr.

2. Operacje ginekologiczne. Od 21 do 31 marca, 350 fr.

3. Operacje urologiczne. Od 16 do 26 kwietnia, 350 fr.

4. Chirurgja w przypadkach nagłych. Od 30 kwietnia, do 10 maja. 350 fr.

5. Operacje na kończynach. Od 14 do 24 maja, 350 fr.

6. Operacje na głowie, szyi i klatce piersiowej. Od 4 do 14 czerwca. 250 f.

7. Chirurgja dziecięca. Od 18 do 28 czerwca. 350 fr.

8. Chirurgja ucha, gardła i nosa. Dr. Winter, Moatti i Rossert. Od 7 do 17 maja. 350 fr.

Powyższe kursa są prowadzone przez wyżej wymienionych profesorów wraz z asystentami.

Brak miejsca nie pozwala nam na przytoczenie szczegółowych programów powyższych kursów; czytelnikom interesującym się tą sprawą służymy chętnie informacjami.

Prosimy jednocześnie prenumeratorów naszych zamierzających udać się do Paryża o łaskawe zawiadomienie nas, abyśmy mogli zawczasu o ich przybyciu i zainteresowaniach uprzedzić A. D. R. M., które to Towarzystwo obiecało nam roztoczyć szczególnie troskliwą opiekę nad czytelnikami „Wiedzy."

A. D. R. M. — powszechnie używany skrót oznacza „Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés ou amis." Instytucja ta, założona w 1920 roku celem ułatwienia cudzoziemcom korzystania z klinik i zakładów lekarskich, oraz celem zbliżenia i pielęgnowania wymiany myśli pomiędzy a Francją a zaprzyjaźnionemi krajami, stale się rozwija i stała się dla udających się do Paryża w celach naukowych wręcz nieodzownem źródłem wszelkich niezbędnych informacji.

Wśród członków A. D. R. M. napotykamy największe nazwiska świata lekarskiego Francji, pozatem należy do niej szereg przedstawicieli krajów zaprzyjaźnionych. Przedstawicielem Polski jest Dr. Aleksander Zawadzki. Prezesem zarządu jest obecnie prof. Hartmann.

Biuro informacyjne A. D. R. M. mieści się w Wydziale lekarskim, rue de l'Ecole de médicine 12, w sali Béclard'a. Adres ten powinien pamiętać każdy lekarz udający się do Paryża, zaoszczędzi on mu bowiem wiele kłopotów i niepotrzebnej straty czasu.

Przy uniwersytecie Lugduńskim od roku bieżącego czynny będzie zakład wychowania fizycznego. Strona naukowa zakładu będzie pozostawała pod opiekę Wydziału lekarskiego. Zarząd składa się z 5 profesorów wydziału lekarskiego oraz 23 członków reprezentujących bądź związki sportowe, bądź rząd, względnie gminę. Oznacza to duży postęp w sprawie wychowania fizycznego we Francji.

W Lugdunie podczas uroczystości związanych z wycieczką studentów z Holandji. Denis nadzwyczajnie udatnie w swej mowie powitalnej sprecyzował najwięcej charakterystyczna cechę medycyny francuskiej. Jest to „sztuka leczenia chorych i przywracania im zdrowia, sztuka więc głównie i istotnie związana z kliniką, sztuka której, się uczyć należy zapomocą uczęszczania do szpitali i starannego obserwowania chorych. Pracownie są tylko elementem pomocniczym, drugorzędnym, aczkolwiek oczywiście użytecznym".

Jest to wyraźne przeciwstawienie się tendencjom innych krai, gdzie na pierwszy plan wysuwa się badanie laboratoryjne, i często w biegu tegoż zapomina się o chorym.

BIBLJOGRAFJA.

Tuberculose Pulmonaire, Tuberculose des Séreuses par Pierre Pruvost. Paris, Gaston Doin et C-ie, Editeurs 1927. 446 str. Cena 30 fr. fr.

Autor jest lekarzem w sanatorjum dla chorób płucnych w Villepinte. Książka w małej oktawie zawiera 446 stron, i w większej części jest poświęcona leczeniu różnych postaci gruźlicy. A więc autor omawia kolejno leczenie środkami farmaceutycznemi jak metale, lipoidy, olej chaulmoogrowy, kwas cynomonowy, kreosot, gwajakol i sanochrysyna. Tuberkulinie i innym środkom biologicznym poświęca autor mało miejsca i zapatruje się dość sceptycznie na to leczenie. Następne rozdziały omawiają leczenie terenowe, werandowanie, odżywianie i psychoterapję. Spory rozdział poświęcono leczeniu sztuczną odmą, omówiono frenikotomję i torakoplastykę. Wszystkie te rozdziały nie przynoszą nic nowego, lecz są przejrzystym przeglądem obecnego stanu leczenia gruźlicy. Najbardziej może interesującym jest rozdział o tak zwanym oleothoraxie. Autor tu może pierwszy raz w literaturze zebrał dotychczasowe doświadczenia w tym sposobie leczenia. W następnych rozdziałach dość pobieżnie rozpatruje autor djagnostykę różnych postaci gruźlicy, gruźlicę opłucnej i otrzewnej.

Książka ta, napisana przez lekarza pracującego w sanatorjum, może być z pożytkiem przeczytana przez lekarzy pragnących poświęcić się tej specjalności.

Z. Szczepański

Claude Gautier i Réne Wolff. Le Métabolisme basal—se applications en clinique. Edit. Gaston Doin — Paris. 180 str. Cena 15 fr. franc.

Powyższe dzieło przedstawia całość traktującą o podstawowej przemianie materji zarówno u ludzi zdrowych, jak i chorych. W pierwszej części wyłożona jest fizjologja podstawowej przemiany materji oraz przedstawiona jest krótko, ale treściwie i jasno, technika badania.

W części drugiej omówione jest zachowanie się podstawowej przemiany materji w rozmaitych stanach, jak naprz. w gorączce, duszności, nowotworach złośliwych, zaburzeniach w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, chorobach krwi, serca i t.d.

Książka zasługuje w zupełności, aby polecić ją każdemu pragnącemu zapoznać się w krótkim czasie z najważniejszemi zasadami tego działu wiedzy.

Dziełko G. i W. cechuje przedewszystkiem dokładne, ogromnie przystępne i zwięzłe ujęcie omawianej kwestji. W końcu książki podany jest dość obszerny wykaz piśmiennicwa, a uwzględnione są obok francuskich także prace angielskie i niemieckie.

Jakób Węgierko — Warszawa.

Masson i Co. przystępują do wydawania podstawowego wielkiego dzieła obejmującego całokształt radjologji przewodu pokarmowego. Część pierwsza, poświęcona żołądkowi i dwunastnicy została opracowana przez Duval'a, Roux i Béclèr'a. Jest to duży tom o 340 stronicach zawierający 400 radjofotografji i 432 rysunki schematyczne. Cena 265 fr,

SKRZYNKA REDAKCYJNA

Pytania i odpowiedzi.

PYTANIA.

16. Od trzech lat wada zastawkowa. Od roku ogólny obrzęk, ascites. Dotychczas stosowano: digit., cardiazol., camph., coff., scillaren in tabl. à 0.20—4×dziennie; strophantimin intraven (od czasu silniejszych obrzęków, gdy nie można się dostać do żył podskórnie, wedle H. H. Meyera i P. Freuda 1/4 mg strophant. + 2 cm.^{3} 5% sol. novocain.), diuretin., theacylon, theophylin, Euphyllin, Novasurol, Sallyrgan. Po sallyrganie (2 cm^3)—6 l. moczu, następne injekcje bez skutku. Punkcja brzucha, venesectio, djeta Karell'a, małochlorowa, bezchlorowa, środki przeczyszczające, a ostatnio past. thyreoid. à 0.30—3×dz. Obrzęki nadal się utrzymują. Jak należy dalej postąpić?

Dr. A. E. w N.

17. Ostatecznie chciałbym wiedzieć, jak prędko można po naparstnicy wstrzyknąć strofantynę. Rozbieżność zapatrywań w tym względzie jest ogromna; bo waha się od 2 tygodni do 2 dni.

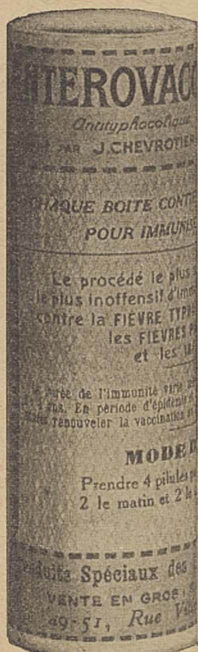
Wielowartościowa szczepionka zapobiegawcza
i lecznicza przeciw

DUROWI BRZUSZNEMU, DUROM WRZEKOMYM

(paratyphi) i zakażeniom, wywołanym przez prątek
OKRĘŻNICY

ENTEROVACCIN
LUMIÈRE

NADZWYCZAJ DOGODNY SPOSÓB STOSOWANIA **„PER OS“**
SZCZEPIONKI W PIGUŁKACH
POZBAWIONY UJEMNYCH STRON ZASTRZYKÓW PODSKÓRNYCH
NIE POWODUJE NAJMNIEJSZYCH OBJAWÓW OGÓLNYCH LUB MIEJSCOWYCH, JEST ZATEM ZUPEŁNIE BEZPIECZNY



POSIADA NADZWYCZAJNĄ SIŁĘ ZAPOBIEGAWCZĄ.

Jako środek leczniczy znakomicie skraca i łagodzi przebieg choroby, wywołując już po upływie pierwszych trzech dni znaczny spadek ciepłoty. Działanie

ENTEROVACCIN LUMIÈRE

należy do najbardziej pewnych i niezawodnych.

DAWKOWANIE: 4 pigułki dziennie, 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci poniżej 7 lat pół dawki.
(1 flakon zawiera 28 pigułek kieratynowanych).



Przedstawicielstwo i Skład na Polskę L. NASIEROWSKI
Warszawa, Piękna 62. Telefon 30-42, 124-39.
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW. PP. LEKARZY.

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

Zawiera w stanie ***biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

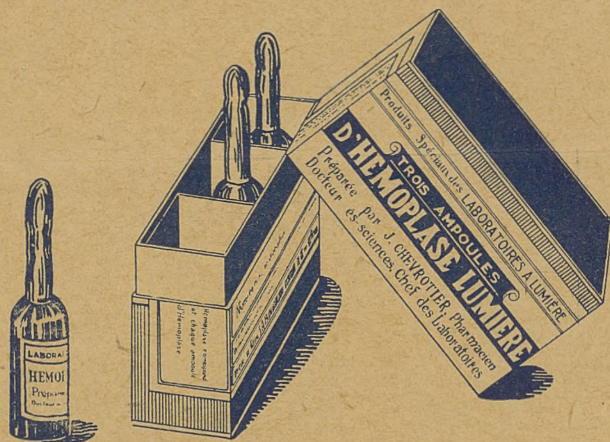
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp.) od 8—13 lat—2 razy tydodniowo po 5 do 10 cc. (1/2—1/1 amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i waniliją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

od 2 — 6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6 — 12 lat 3—4 łyż. dziennie.



Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

OPOZONES
Lumière

Nowoczesna organoterapja
ze wszystkich gruczołów i narządów

OPOZONES:

- „Thyroïde
- „Mammaire
- „Placenta
- „Hypophyse
- „Biliaire (FELLIS)
- „Hépatique
- „Muqueuse intestinale
- „Muqueuse stomacale
- „Ganglions (GL. LYMPHATICAE)
- „Bulbe (MEDULLA OBLONGATA)
- „Pluriglandulaire „O"

OVARIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
OVAIRE 0,1

- „Orchitique (EXTR TESTICULORUM)
- „Prostatique
- „Tissu nerveux (SUBSTANTIA NERVOSA)
- „Splénique (LIEN)
- „Pancréatique
- „Surrénale (SUPRARENALIS)
- „Rénale
- „Thymus
- „Corps jaune de l'ovaire (CORPUS LUTEUM)
- „Pluriglandulaire „T"

ORCHITIQUE
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,025
SURRÉNALE 0,05
ORCHITIQUE 0,1

Pluriglandulaire
THYROÏDE 0,025
HYPOPHYSE 0,075
SURRÉNALE 0,1

Każde pudełko zawiera 54 tabletki powleczone glutenem.
Przedstawicielstwo na Polskę „Ł. Nasierowski."
Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.- Próby i literatura na żądanie WPp. lekarzy.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU